



**DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE  
SANTÉ,  
SOCIÉTÉ ET  
MIGRATION**

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction du Pr C. MASSOUBRE

**Réhabiliter le social :  
réflexions autour de la situation de Marco J.**

BENETOS ELSA

Année 2019-2020

## Sommaire

Introduction	3
I – La réhabilitation et la clinique psychosociales, contours de la santé mentale	6
1) La réhabilitation psychosociale	6
2) La clinique psychosociale	9
II – La situation de Marco J., à l'interface entre souffrance psychique et sociale	12
1) Terrain	12
2) Vignette « socio-clinique »	13
3) Réflexions autour de l'intrication socio-clinique chez Marco J.	15
a. Perspectives étiopathogéniques	16
b. Perspective centrée sur la clinique psychosociale	18
c. Perspective centrée sur le rétablissement	19
4) Récit de la construction de notre prise en charge ou comment nous nous sommes retrouvées à accompagner Marco J. pour sa demande de titre de séjour.	21
a. La rencontre : réflexions autour de la distance professionnelle	21
b. Un vide à combler : la question de l'urgence de l'accompagnement social	23
c. Soigner le social	24
d. La Cimade : reconstituer un réseau	25
e. L'espoir	26
5) Conclusion	27
III - La réhabilitation psychosociale à l'épreuve des problématiques sociales	28
1) La réhabilitation, un accompagnement vers la récupération « d'objets sociaux » ?	29
2) Individualisation des questions sociales et notion de projet	30
3) La réhabilitation à l'épreuve des inégalités sociales	31
4) Conclusion	33
Conclusion	34
Bibliographie	36
Annexe – Retranscription de l'entretien avec Marco J.	38

## **Introduction**

Plusieurs travaux ont montré un impact notable de facteurs sociaux (niveau de richesse, statut socio-professionnel, place dans la société) sur la santé psychique, dans le sens d'un état de santé qui se fragilise plus le niveau socio-économique est bas (J-L Roelandt, 2003). La population migrante est particulièrement touchée par des facteurs pouvant avoir un impact négatif sur la santé mentale. En effet, les motifs de départ du pays d'origine sont souvent liés à des vécus de violences (menaces, torture, discrimination, guerres etc...). Nous savons également que durant les parcours migratoires les personnes sont très fréquemment malmenées et victimes d'agressions. Enfin, dans le pays d'arrivée, la discrimination, le mal-logement, les difficultés administratives peuvent également être source de souffrance.

Sur le plan psychique, ces événements peuvent provoquer de la détresse mais également participer à l'installation ou à la pérennisation de troubles psychiatriques avérés. Il a été montré que les troubles psychotiques ont une prévalence plus importante dans la population migrante (J. Henssler et al., 2019). D'autres travaux ont mis en évidence certains facteurs sociaux comme pouvant participer à la constitution de ces troubles parmi lesquels les antécédents de traumatismes (Van Os et al., 2010), mais aussi le statut de migrant et la discrimination qui en résulte (Leaune et al., 2018, Bardol et al., 2020).

Plusieurs écoles de psychiatrie s'intéressent aux questions de migration, en essayant de comprendre et d'expliquer les particularités de prévalence et d'expression des symptômes psychiatriques au sein de cette population. Le modèle stress-vulnérabilité considère les facteurs de stress comme favorisant l'apparition de troubles psychiatriques chez des personnes ayant un terrain de vulnérabilité. La psychiatrie transculturelle propose une grille de lecture culturelle de la psychopathologie en s'appuyant sur les écarts de représentations et de systèmes de pensées entre personne migrante et milieu d'arrivée. Enfin, le courant de la psychiatrie sociale s'interroge sur les effets de l'environnement social sur la santé mentale des

individus et s'appuie notamment sur des données épidémiologiques de santé publique en ouvrant à la question des inégalités sociales de santé.

Depuis les années 1960, la notion de santé mentale est de plus en plus présente, recouvrant progressivement le champ de la psychiatrie. Avec elle se forment un ensemble de réflexions et de pratiques qui vont dans le sens d'un décloisonnement des problématiques psychiques et sociales.

La clinique psychosociale et la réhabilitation psychosociale s'inscrivent dans ce mouvement. Elles ont pris leurs racines sur des terrains différents, respectivement le travail social et le milieu psychiatrique, et ont participé à l'élaboration de nouvelles pensées et pratiques qui vont dans le sens d'un regard intriquant problématiques sociales et psychiques. J. Furtos, psychiatre qui est à l'origine du courant de la clinique psychosociale affirme qu'« il n'y a pas de clinique sans contexte social » (J. Furtos et V. Colin, 2005). Il a été à l'origine de nombreux travaux qui ont trouvé leur essor dans les années 1990, devant la nécessité de créer de la pensée autour des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de précarité.

La réhabilitation psychosociale, elle, recouvre un ensemble de pratiques très diversifiées. Elle s'inscrit dans la lignée de la philosophie du rétablissement, qui pousse à considérer la personne et les troubles psychiques comme étant en interaction permanente avec un environnement sur lequel il est possible d'agir. La place que prend actuellement la réhabilitation psychosociale dans le champ de la psychiatrie, mais aussi du travail social, nous invite à réactiver des questionnements posés par le courant de la clinique psychosociale.

Pour ce mémoire, j'ai choisi de travailler autour de la situation de Marco J. que j'ai rencontré lors d'un stage dans un service de réhabilitation psychosociale et dont l'histoire clinique résonne avec sa situation sociale. Beaucoup de questions se sont posées et se posent encore autour des modalités de sa prise en charge, notamment du fait de l'interdépendance majeure entre sa situation socio-administrative et sa santé psychique. De ma place d'interne en psychiatrie dans un dispositif de soins ambulatoires en réhabilitation, je me suis questionnée autour des soins et accompagnements que nous lui proposons. L'objectif du présent travail est double : j'essaierai d'une part de proposer une lecture clinique de sa situation en essayant d'adopter un regard intégrant à la fois problématiques psychiatriques et sociales. D'autre part, cet écrit est l'occasion de réfléchir à ma pratique professionnelle, et d'ouvrir à une réflexion sur les pratiques en réhabilitation psychosociale.

**Dans ce qui suit, je propose donc de réfléchir à la manière dont sont prises en compte les problématiques sociales en réhabilitation psychosociale, en m'appuyant sur la situation de Marco J.** Après avoir éclairci les fondements des champs de la réhabilitation et de la clinique psychosociale dans une première partie, je montrerai comment les troubles et la souffrance de Marco J. sont à l'interface entre psychique et social, puis la troisième partie sera l'occasion de préciser certaines modalités de prise en compte des questions sociales en réhabilitation et d'en souligner les limites.

## **I – La réhabilitation et la clinique psychosociales, contours de la santé mentale**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ».

Cette définition ne recouvre pas uniquement le champ de la psychiatrie ou des maladies mentales caractérisées, mais s'intègre dans le parcours de tout individu. Le « bien-être » qui se rapporte à une sensation subjective individuelle, est directement rapporté dans cette définition à des notions qui renvoient aux possibilités et aux capacités d'une personne à interagir avec le monde qui l'entoure. Ainsi, la santé mentale sort d'un champ d'activité restreint pour aller englober toutes situations d'expression d'une souffrance psychique, qu'elle soit en lien avec un trouble caractérisé ou non. Par ailleurs, cette définition met l'accent sur les mécanismes qui lient les trajectoires individuelles et sociales, dans le sens d'une nécessaire contribution « positive » des individus au sein de la communauté.

Dans ce qui suit, nous nous pencherons sur deux perspectives d'accompagnement des personnes présentant des troubles/souffrance psychiques : la réhabilitation psychosociale et la clinique psychosociale, qui, nous le verrons, s'inscrivent dans la dynamique portée par la santé mentale de décroisement entre champ du social et de la psychiatrie.

### **1) La réhabilitation psychosociale**

Le concept de rétablissement en santé mentale ou « recovery » est né de luttes de personnes concernées par la psychiatrie aux Etats-Unis. Dans les années 1960, un mouvement de personnes psychiatisées ou ex-psychiatisées qui s'est donné le nom de « Survivants de la psychiatrie » apparaît, en lutte contre l'institution psychiatrique et les pratiques de traitement des maladies mentales jugées comme inhumaines, violentes et discriminantes. Le slogan « nothing without us about us » (« rien sur nous sans nous ») témoigne de la nécessité pour les usagers de la psychiatrie de faire entendre leur voix, et de reprendre du pouvoir sur les décisions qui sont prises à leur égard et qui concernent leurs vies, que ce soit au niveau

politique ou dans les soins, qui sont d'ailleurs considérés comme intimement liés. Ce mouvement est apparu en parallèle de l'essor de travaux remettant en cause l'incurabilité de la schizophrénie.

Patricia Deegan est l'une des principales théoricienne du rétablissement. Elle est à la fois chercheuse, psychologue et concernée par la maladie mentale. Elle mène de nombreux travaux sur ces questions à partir de la fin des années 1980. A propos du rétablissement elle dit : « C'est un parcours pour se renouveler. C'est un parcours de découverte de nos limites, mais aussi un parcours de découverte des possibilités que nos limites ouvrent. La transformation plutôt que la restitution est notre chemin » (P. E. Deegan, 2005).

Il apparaît donc que le concept de rétablissement se décale de la question de la guérison comme d'un retour à l'état antérieur (ce qu'elle entend par restitution), en proposant les notions de « renouvellement » et de « transformation ». Il s'agit également d'apprendre à faire avec les « limitations », pour pouvoir s'ouvrir à toutes les (nouvelles) possibilités qui se présentent alors. Cela fait également écho à la notion de pouvoir d'agir, « empowerment », qui est un moteur pour aller explorer ses possibilités et ses aspirations et ainsi prendre une place à part entière dans la société.

Il est par ailleurs intéressant de noter que la naissance du concept de rétablissement a dès ses débuts mêlé des expériences de personnes concernées et des études populationnelles ouvrant la possibilité d'espérer pouvoir vivre autrement avec la maladie mentale. Il est issu d'un maillage entre savoirs expérientiels et données scientifiques.

Le courant de la réhabilitation psychosociale est apparu dans les années 1970, et s'est attaché à penser des pratiques de soins orientées vers le rétablissement. La compréhension du concept de rétablissement est loin d'être univoque, et les approches de soins qui en découlent sont multiples. Un article de Luce Assad décrit deux perspectives principales : « la première, plus centrée sur la maladie et sur sa rémission, aborderait le rétablissement davantage comme un résultat, il serait alors question de « *recovery from mental illness* » ; la deuxième est l'approche de chercheurs intéressés davantage par les aspects expérientiels, par le « vécu » des sujets concernés et ce qu'ils disent d'eux-mêmes, et par la compréhension à laquelle donne accès cette dimension expérientielle et subjective » (L. Assad, 2014).

Ainsi, la première perspective semble avoisiner l'approche médicale habituelle, et laisse entendre par le terme « rémission », que cet état de santé pourrait être objectivable par quelqu'un d'extérieur (professionnel soignant). La deuxième paraît valoriser davantage les savoirs issus de l'expérience en ouvrant la possibilité qu'il puissent venir remettre en question les manières que la psychiatrie a de considérer et de prendre en charge les maladies mentales.

Telle qu'elle est pratiquée en psychiatrie et en France, la réhabilitation psychosociale est généralement orientée vers la première approche présentée ci-dessus. Elle recouvre à la fois des techniques de soins qui lui sont spécifiques (remédiation cognitive, psychoéducation ou éducation thérapeutique), des prises en charges centrées sur des « projets », c'est à dire des objectifs concrets définis par les personnes concernées qui vont souvent dans le sens de la réinsertion socio- professionnelle, et une philosophie du soin qui tend à une plus grande horizontalité dans la relation soignant-soigné.

L'ouverture vers le champ du social se situe à plusieurs niveaux, notamment autour la réinsertion socio-professionnelle sous tendue par les concepts de « housing first »<sup>1</sup>, de « working first »<sup>2</sup> et dans les pratiques d'accompagnement qui valorisent « l'aller-vers »<sup>3</sup>.

Ainsi, la réhabilitation psychosociale est issue des combats menés par des usagers de la psychiatrie, pour d'une part remettre en question des pratiques, et d'autre part, inventer de nouvelles manières de concevoir les troubles psychiques et de les prendre en charge. Les pratiques de soins qui en découlent sont variées et tentent pour la plupart de prendre en compte les questions sociales comme étant des leviers du rétablissement.

---

<sup>1</sup> Le concept d'« housing first » ou « logement d'abord » est apparu dans les années 1990, et défend l'idée selon laquelle l'accès à un logement autonome et stable pour les personnes à la rue ayant des troubles psychiatriques et/ ou addictologiques est un préalable à toute possibilité de soins ou de rétablissement.

<sup>2</sup>Le concept de « working first » se rapporte à des pratiques d'accompagnement vers l'emploi pour des personnes en situation de handicap psychique et place la réinsertion professionnelle comme un levier du rétablissement.

<sup>3</sup> « l'aller-vers » est un concept initialement issu du champ du social, dans des contextes de grande précarité et se rapporte à une démarche proactive de la part des professionnels, qui s'étend de la prévention à l'accompagnement des personnes au plus près de leur milieu de vie.



## 2) La clinique psychosociale

La clinique psychosociale a pris son essor à Lyon dans les années 1990, portée par le psychiatre Jean Furtos et les travaux menés à l'ORSPERE (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion). A cette époque, il a été mis en évidence, d'une part, un malaise accru des professionnels du social travaillant auprès de personnes en situation de précarité, et d'autre part, il a été observé de nouvelles demandes de soins en psychiatrie de secteur, pour des personnes également très en difficulté sur le plan social.

Robert Castel, sociologue, a travaillé sur la notion d'exclusion qu'il a aussi appelée « désaffiliation » pour rendre compte du caractère dynamique de la pression opérée par des éléments externes poussant à la marge certains individus. Il associe très fortement cette notion à la question du travail et inscrit ce phénomène dans l'époque moderne et les bouleversements sociétaux engendrés par le système néolibéral qui, en entraînant une explosion du taux de chômage et des conditions de travail instables, a produit un accroissement du nombre de personnes en situation de précarité. La question de l'exclusion peut être considérée d'un point de vue plus large et englober « toutes les situations de marginalisation sociale, que l'origine en soit la perte d'emploi, le pays de naissance, les difficultés scolaires, l'âge ou la maladie » (D. Fassin, 2004).

Le positionnement pris par la clinique psychosociale, a été de réfléchir d'un point de vue clinique à ce que cela venait bouleverser, sur le plan des pratiques professionnelles d'une part et au niveau de la psychopathologie des personnes accompagnées d'autre part. « Notons qu'il s'agit bien d'observer les pratiques, de les penser, avec des professionnels qui expriment simultanément un malaise dans le cadre de leur travail et le refus de baisser les bras, car le risque est celui du renoncement, au motif de refuser le malaise et au nom de l'argument qu'il s'agirait d'un problème politique, ce qui est rigoureusement vrai. S'agit-il de quelque chose de psychique ou de social ? Il s'agit des deux, bien entendu » (J. Furtos, 2011).

Ce décalage vers une analyse clinique de problématiques sociales est recontextualisé par D. Fassin dans l'introduction de son livre *Des Maux Indicibles*, qui propose une réflexion sociologique sur des « lieux d'écoute ». Il y explique comment, en réponse à l'exclusion et à la précarité, s'est opérée cette transposition du social vers le psychique, du collectif vers l'individuel. « Dans la dernière décennie du XXème siècle, l'ethos de la vie politique française

s'est construit autour d'un rapport empathique au social. Les inégalités ont été pensées en termes d'exclusion, leurs conséquences sur les individus ont été décrites comme une souffrance, des réponses collectives leur ont été apportées sous la forme d'une écoute. » (D. Fassin, 2004). Ainsi, le développement de la clinique psychosociale s'est inscrit dans ce mouvement, en partant de la question de la souffrance des personnes accompagnées d'une part, et du « malaise » des professionnels d'autre part, avec comme objet central la question du social, de la précarité et de l'exclusion.

Au niveau théorique, la discipline a pris ses racines dans le courant de la phénoménologie et de la psychanalyse, en y intégrant les conditions de vie « réelles » comme étant fondamentales dans la compréhension des personnes en situation de précarité. Elle propose de partir du « terrain » rapporté par les professionnels du social qui y travaillent et de proposer des pistes de réflexion analytiques.

J. Furtos parle des cliniques de la précarité « dans une perspective dont le risque majeur réside dans la perte de confiance en l'autre, en soi-même et en l'avenir, avec des effets psychiques précis ». Cette perte de confiance se rapporte à la notion d'insécurité et à la clinique de la survie décrite par S. Freud.

La notion de précarité est définie par J. Furtos comme la peur de la perte des « objets sociaux », concept analytique qui se rapporte à « quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, le logement, la formation, les diplômes, les troupes (la liste n'est pas exhaustive) » (J. Furtos et C. Laval, 2005). Les objets sociaux se rapportent d'une part à la fonction matérielle d'assurer « les sécurités de base », mais représentent aussi quelque chose d'idéalisé, qui se rapporte à un statut et à une « reconnaissance d'existence ».

L'étude des processus psychiques à l'œuvre dans les situations de précarité l'a mené à théoriser le concept d' « auto-exclusion » qu'il décrit comme un mouvement inconscient déployé par le sujet en réaction à un phénomène d'exclusion : « pour ne pas souffrir l'intolérable, il [le sujet humain] se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre, il s'empêche de vivre, paradoxe gravissime » (J. Furtos et C. Laval, 2005).

Ainsi, la clinique psychosociale s'est initialement intéressée aux mouvements psychiques dans le domaine du social, plus qu'aux questions sociales dans le domaine de la psychiatrie. Elle ouvre au champ de la santé mentale qui dépasse le domaine de la psychiatrie, incluant tous les

lieux et dispositifs où peut se déposer l'expression d'une souffrance, quelle qu'en soit son origine. Elle propose un angle d'approche clinique qui rend compte de l'aspect à la fois entièrement psychique, entièrement social et entièrement politique de cette souffrance, dans le but de continuer à accompagner les personnes à « souffrir sans disparaître, en tant que sujet[s] ayant au contraire à prendre place sur la scène privée comme sur les différentes scènes publiques offertes à ses membres par le socius ».

### **3) Conclusion**

La clinique psychosociale et de la réhabilitation psychosociale portent en leurs noms et leurs pratiques la volonté d'allier le psychique et le social, mais ces deux champs d'action et de réflexion ne construisent pas ce maillage de la même manière. Bien que des recouvrements existent entre les populations auxquelles ces disciplines s'intéressent, l'angle d'approche n'est pas le même et les visées des pratiques qui en découlent ne sont pas superposables. Tandis que la clinique psychosociale centre sa réflexion sur la population en situation de précarité économique, il est souvent reproché à la réhabilitation psychosociale de ne pas savoir inclure les personnes qui sont très en difficulté sur le plan social. Dans ce qui suit, nous verrons en pratique puis d'un point de vue plus théorique comment les questions sociales sont intégrées en réhabilitation psychosociale, en pointant les particularités et les limites.

## **II – La situation de Marco J., à l'interface entre souffrance psychique et sociale**

### **1) Terrain**

Le service de réhabilitation psycho-sociale dans lequel je travaille comme interne en psychiatrie se situe au sein d'un hôpital psychiatrique. Le travail y est pluriprofessionnel, avec la présence d'infirmiers, d'une ergothérapeute, de psychiatres, de psychologues et de neuropsychologues. Les soins qui y sont proposés ont lieu en partie dans les locaux mais également à l'extérieur, dans le cadre de visites à domicile, d'accompagnements vers des lieux ressource, ou de rencontres dans l'espace public. Nous prenons en charge des personnes qui ont tous types de troubles psychiatriques et nous intervenons en appui des soins de psychiatrie générale portés majoritairement par la psychiatrie de secteur.

Ce service est plutôt orienté vers une perspective de réhabilitation médicale visant à une rémission des symptômes. En effet, les soins sont organisés autour de différentes évaluations médicales, psychologiques et para-médicales, qui ont pour but d'orienter vers des propositions de soins. Il abrite cependant des pratiques qui pour la plupart tentent de mettre au centre la personne concernée par les troubles psychiatriques, ses besoins et ses aspirations. Du côté des professionnels, il existe une diversité de regards et de façons d'aborder le soin, qui viennent mettre en tension les différentes visions qui existent des concepts de rétablissement et de réhabilitation. Cela m'a amenée à me questionner sur ma place d'interne au sein du dispositif de soins, et plus généralement sur la place des professionnels soignants dans l'accompagnement des personnes dans un processus de rétablissement.

Durant les deux semestres passés dans ce service, je me suis interrogée autour de plusieurs prises en charges, en me demandant quelle place je pouvais prendre auprès des patients, qui soit différente de celle occupée par les autres soignants déjà en place. En effet, les prises en charges s'articulent toujours avec d'autres professionnels, et il est question de ne pas venir se surajouter inutilement en proposant d'autres approches de soins.

La situation de Marco J. m'a particulièrement marquée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la multitude d'intervenants présents autour de ce patient m'a questionnée, et il m'a été

difficile de penser mon intervention à ses côtés. En même temps, ses besoins étant au moins proportionnels à l'énergie déployée autour de lui, il semblait nécessaire de réfléchir à des propositions d'accompagnement. En effet, sa situation de santé était complexe, et s'associait à de grandes difficultés sociales qui se sont développées en lien avec le fait qu'il soit en situation administrative irrégulière.

## **2) Vignette « socio-clinique »**

Cette vignette a été rédigée à partir de la lecture du dossier médical de Marco J. et de données recueillies au cours des discussions que nous avons partagées. Je n'ai pas souhaité reprendre avec lui en détail tout son parcours lors d'un entretien dédié, étant intervenue en cours de prise en charge et partant de l'idée qu'il est amené très fréquemment à raconter son histoire au cours de ses soins. Les informations transmises sont donc partielles et sont le fruit d'une synthèse entre des observations de soignants et les propos qu'il m'a rapporté.

M. Marco J. est âgé de 26 ans. Il est originaire du Brésil où il grandit jusqu'à l'âge de 17 ans. Alors qu'il a quelques mois, il est confié à sa grand-mère maternelle. Ses parents ne sont pas en capacité à ce moment là de le prendre en charge, notamment du fait d'une consommation majeure de toxiques. Sa mère reste néanmoins présente pendant ses premières années, tandis que son père s'éloigne et ne participe pas à son éducation.

Son enfance est marquée par plusieurs événements violents. Il rapporte avoir été témoin de fusillades entraînant un décès dans son entourage proche, et d'avoir vu et subi des violences intra-familiales. Néanmoins, il grandit et entretient de bons liens avec sa grand-mère et certains de ses oncles et tantes. Il suit une scolarité ordinaire et se décrit comme un élève brillant. Il est bien inséré socialement, a des relations amicales et pratique des activités - notamment sportives - qui lui permettent de s'épanouir.

En 2011, il décide de partir en France pour rejoindre sa mère qui vit à Lyon. Cette dernière a quitté le Brésil en 2005, suite à la rencontre de l'homme avec lequel elle s'est mariée au Brésil avant de le suivre jusqu'à la région lyonnaise. Pour rejoindre sa mère, Marco fait une demande de visa touristique et voyage en avion sans difficultés. A son arrivée, son idée est de s'installer avec sa mère et son beau père et de continuer son cursus en France. Il prépare alors un dossier de demande de titre de séjour pour rapprochement familial, qui lui est

refusé car une telle démarche ne peut se faire qu'à la demande de la famille installée en France, et ce avant l'arrivée du proche en question. Malgré cela, il poursuit sa scolarité en seconde générale, arrive à suivre les cours et à surmonter quelques difficultés en lien avec la langue française. Il montre de l'intérêt et de la motivation pour apprendre, notamment dans les matières artistiques. Il passe ensuite en filière technologique et peine de plus en plus à s'inscrire dans les études. Il commence à fumer du cannabis à cette époque, et sa consommation semble s'accroître en même temps que ses difficultés scolaires.

Sur un plan administratif, Marco tente de régulariser sa situation entre 2011 et 2014. Il est accompagné par Réseau Éducation Sans Frontières qui semble peiner à l'accompagner vers des pistes prometteuses. Est évoquée la possibilité de faire une demande de titre de séjour pour études mais cette option n'est finalement pas retenue du fait de ses résultats scolaires trop bas. Par la suite, il constitue lui même un dossier de demande de titre de séjour pour raisons familiales, qu'il n'arrive cependant pas à finaliser. C'est pendant sa deuxième année de première qu'il est hospitalisé en psychiatrie pour la première fois. Il a alors 20 ans et présente des troubles du comportement sous-tendus par un vécu délirant de persécution : il a peur d'être enlevé par la police et a le sentiment que sa famille est menacée de mort. Le tableau s'accompagne d'une symptomatologie anxieuse majeure, due probablement à la fois à l'effet de manque des substances (cannabis à cette époque), mais également en lien avec des reviviscences d'événements traumatiques survenus au Brésil, générant un vécu d'insécurité massif. Pendant cette hospitalisation, il montre une ambivalence entre sa volonté de construire sa vie en France et celle de retourner vivre au Brésil. Il exprime dès les premiers jours de l'hospitalisation son souhait de quitter le domicile familial, afin de se mettre à l'écart des consommations de substances qui ont lieu régulièrement dans le cadre intrafamilial.

Les trois premières décompensations ont lieu entre 2014 et 2015, à l'âge de 20-21 ans. Il s'agit d'épisodes psychotiques brefs (ou bouffées délirantes aiguës) qui se manifestent à chaque fois par une symptomatologie similaire et qui sont en lien avec des périodes de stress entraînant des consommations de substances. Il est hospitalisé en soins sous contrainte SPDT (Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers) les trois fois. Sur le plan administratif, il se voit refuser une demande de titre de séjour pour vie privée et familiale et 2015 qui aboutit à une obligation de quitter le territoire français (OQTF), entraînant une nouvelle décompensation. Pendant cette période, d'autres consommations viennent s'ajouter au cannabis. Elles s'inscrivent en lien avec la présence de l'usage de substances dans l'environnement familial

proche qui rend très difficile l'abstinence. En effet, sa mère et son beau-père sont tous deux consommateurs d'héroïne, de cannabis et mésusent la méthadone. Marco consomme régulièrement la méthadone de sa mère et a pu également partager avec elle un usage d'héroïne. Suite à ces décompensations, le diagnostic psychiatrique de trouble schizo-affectif est posé, devant l'association de troubles psychotiques (idées délirantes, désorganisation et hallucinations) et de symptômes thymiques allant de la dépression à l'exaltation selon les périodes.

Il finit sa scolarité après une deuxième année de terminale, et malgré son souhait de poursuivre sa formation, il se retrouve dans l'impossibilité de s'inscrire dans un cursus post-bac, étant en situation administrative irrégulière. Il garde une fragilité psychique importante, avec des difficultés à entreprendre des démarches et une symptomatologie anxieuse invalidante. Entre les décompensations, Marco a peu de symptômes résiduels psychotiques mais présente cependant une détresse émotionnelle majeure qui retentit sur ses relations interpersonnelles. Au fil du temps, les consommations de substances prennent de plus en plus de place, et semblent avoir pour fonction le comblement d'un vide mais aussi l'anxiolyse. Il est ré-hospitalisé de nombreuses fois entre 2018 et 2020 et présente alors des tableaux moins bruyants qui mettent au premier plan des symptômes thymiques, avec un alternance d'humeur exaltée et dépressive. Il est très fréquemment en demande d'aide au sevrage de cannabis, de cocaïne et de méthadone. Ces hospitalisations font suite, en 2019, à l'annonce d'une deuxième OQTF puis à la confiscation abusive de son passeport par la police aux frontières, qui l'empêche de se rendre au Brésil. La dernière hospitalisation en 2020 s'est déroulée à l'approche d'une audience au tribunal administratif demandée pour tenter une levée d'OQTF.

### **3) Réflexions autour de l'intrication socio-clinique chez Marco J.**

Dans la perspective de ne pas faire « sur lui, sans lui », j'ai souhaité partir du récit de Marco pour mener cette réflexion, dans le souci de me rapprocher au maximum de son vécu et du sens qu'il mettait derrière sa symptomatologie. Pour cela, j'ai mené un entretien orienté vers les questions qui nous intéressent ici, avec l'accord de Marco J. qui a été informé des modalités et du cadre de ce travail. Le guide et la retranscription de l'intégralité de cet entretien sont en annexe. Dans ce qui suit, je propose d'allier des citations issues de cet

entretien, des observations personnelles et des analyses appuyées sur des modèles de compréhension clinique pouvant tenir compte de la participation de facteurs socio-environnementaux dans la constitution et l'expression des troubles psychiatriques.

### **a. Perspectives étiopathogéniques**

*« E - Parce que du coup votre maladie vous diriez que c'est quoi ?*

*M - C'est nerveux, c'est dû à la consommation de toxiques et dû à mon passé difficile, des choses que j'ai pu voir dans mon enfance qui ont généré une colère, qu'aujourd'hui je transmets dans mes actes des fois. »*

Le modèle vulnérabilité-stress (J. Zubinet et B. Spring, 1977) considère les facteurs de stress (ex : complications périnatales, traumatismes) comme pouvant révéler ou précipiter une vulnérabilité innée ou acquise (génétique). Le modèle socio-développemental (C. Morgan et al., 2011) des pathologies psychotiques vient complexifier cette notion de vulnérabilité. En effet, il défend l'idée selon laquelle il existe des facteurs génétiques et des facteurs socio-environnementaux qui, en interagissant entre eux, peuvent augmenter la vulnérabilité d'une personne aux troubles psychotiques. Ce modèle intègre un grand nombre de facteurs sociaux dont les phénomènes de discrimination et d'exclusion, qui peuvent participer à la survenue des troubles et également avoir un impact sur le mode d'expression de ces symptômes.

Dans un article de Van Os et al. sont mis en évidence des facteurs environnementaux influençant la survenue du trouble schizophrénique parmi lesquels on retrouve l'usage de cannabis, les antécédents de traumatismes, le fait d'avoir grandi dans un milieu urbain et de se trouver en position de groupe minoritaire au sein d'une société. (J. Van Os et al. 2010)

Dans le parcours biographique de Marco, plusieurs facteurs socio-environnementaux peuvent être considérés comme ayant pu participer à la construction d'un terrain de vulnérabilité, que l'on retrouve dans l'entretien que nous avons fait ensemble.

*« C'est dur tout ce que j'ai vu tout ce que j'ai entendu, tout ce que j'ai vécu. J'ai perdu un ami très jeune, moi j'avais 15 ans, lui il devait avoir 12 ans, 13 ans, il est mort d'arme à feu. J'ai vu des gens se faire tuer dans mon enfance plusieurs fois, j'ai subi des violences, j'ai vu mes*



*parents se droguer, et tout ça ça a accumulé des choses jusqu'à 17 ans, quand j'ai commencé à fumer pour la première fois du cannabis.»*

La participation des facteurs de stress dans les décompensations du trouble schizo-affectif (des troubles psychotiques plus généralement) est un phénomène bien identifié, qui n'est pas spécifique au contexte de migration ou de précarité. Cependant, ce qui est notable dans le témoignage de Marco, c'est l'intensité et la fréquence élevée des événements stressants.

*« En 2014 je devais voyager au Brésil une première fois en vacances, c'était le 12 juin et le 13 juin je me retrouvais ici. C'était la période du bac et j'avais passé mon bac, mes examens et j'étais très excité, très anxieux et quand je me suis retrouvé ici à Y [hôpital psychiatrique] j'avais des anxiolytiques, à ce moment là dans ma maladie c'était l'anxiété qui comptait plus, le fait d'arrêter le cannabis, d'arrêter l'alcool, de prendre le même jour du voyage, ça allait trop vite dans ma tête et je me suis retrouvé enrhumé.[...] Oui oui ça vient de, du fait que je devais voyager sans savoir les conséquences du voyage. Je n'avais pas la carte de séjour mais j'avais acheté un billet d'avion quand même. »*

Tout au long de son récit, on peut noter que les éléments qui ont marqué négativement sa vie, sont considérés comme ayant participé à l'installation de ses troubles. Le mot « maladie » qu'il utilise à de nombreuses reprises, rassemble à la fois son mal-être, ses consommations de toxiques, sa « colère », « ses problèmes de vie commune » et des manifestations pouvant être considérées comme des symptômes plus spécifiques du trouble schizo-affectif qu'il évoque en filigrane (désorganisation, vécu de persécution, symptomatologie maniaque). Ainsi, il considère « sa maladie » comme s'étant constituée en réaction aux événements difficiles voire traumatisants qu'il a vécu, ce qui résonne avec l'approche socio-développementale décrite ci-dessus.

Plus tard, quand je l'interroge sur l'intrication entre sa pathologie et sa situation administrative, il explique cela : « la pression [vis-à-vis des démarches administratives] a engendré que j'arrête de faire la suite des demandes, et les refus qui ont généré une frustration et une colère qui sont devenus ma maladie, c'est devenu ma maladie, la colère, la frustration, le rejet, tout ça c'est devenu ma maladie. Je suis devenu malade à cause de ça. »

Durant l'entretien, on sent l'implication importante qu'a Marco dans les soins, et le soutien qu'il y trouve. Cependant, son récit vient mettre en lumière une tendance à la réduction de son parcours de vie et de ses réactions face aux difficultés qu'il rencontre à « la maladie », ce qui sous-entend que les solutions à cela seraient nécessairement à chercher du côté des soins. Cela est très marquant quand il évoque « [sa] colère », en lien avec son passé et sa situation administrative, qui semble ne pouvoir être reconnue que si elle s'intègre dans son tableau clinique. On pourrait pourtant imaginer que cette colère s'érige face à des comportements et des situations sociales violentes, des injustices, et que le soulagement soit à chercher du côté d'une lecture plus globale du contexte dans lequel sont survenus ces événements, voire de la dénonciation ou de la revendication.

Cette réflexion rejoint les critiques qui peuvent être faites de la « pathologisation » de tous les comportements et ressentis des personnes dites psychiatisées, qui sont transformés en symptômes, ou encore de la « psychologisation » de la souffrance d'origine sociale. L'un et l'autre de ces mécanismes poussent à considérer la personne présentant un trouble psychique comme se définissant entièrement par ça et à ramener toutes les problématiques qu'elle présente à des questions individuelles plutôt que de les traiter sur un plan social et donc nécessairement collectif.

### **b. Perspective centrée sur la clinique psychosociale**

*« C'est toujours le même problème, le manque de confiance en moi, manque d'initiative, de courage pour travailler, et tout ça ça joue dans ma maladie, ça a engendré et fait évoluer ma maladie. »*

Si l'on s'intéresse au mécanisme d'exclusion sociale, que nous avons déjà présenté précédemment, nous pouvons voir ici que la question du travail ressort en premier lieu. Marco J. est en situation irrégulière, et de ce fait il ne peut pas avoir accès à un emploi déclaré. Derrière ses mots « *manque d'initiative, de courage pour travailler* », on peut noter une teinte de culpabilité et d'intériorisation de cette injustice qu'il transforme en faute de sa part.

La situation de Marco est très impactée par la perte « d'objets sociaux », dont on perçoit les différentes fonctions qu'ils occupent. Dans sa situation, la précarité se confond

avec la pauvreté, qui se réfère à l'aspect matériel de la perte. En effet, Marco n'a ni revenus, ni logement à lui et décrit bien l'instabilité que cela génère, l'empêchant de s'ancrer dans le présent et de se projeter dans l'avenir.

La question de la stigmatisation est également abordée pendant l'entretien, que Marco réfère au fait d'avoir un trouble psychiatrique : il parle des « *préjugés des gens par rapport à la maladie* ». Nous savons par ailleurs combien sa situation administrative le met en marge et en le coupant de ses droits fondamentaux, elle a un effet de « *rejet* ». Ainsi, nous pourrions parler d'exclusion double, qui s'opère une première fois du fait du trouble psychiatrique, et une deuxième du fait de son statut administratif.

### **c. Perspective centrée sur le rétablissement**

Si l'on considère la perspective centrée sur le rétablissement comme s'intéressant aux possibilités pour un individu de pouvoir accéder à une certaine autonomie, on observe chez Marco plusieurs freins qui sont d'origine sociale.

Tout d'abord, le fait qu'il soit dans l'impossibilité de travailler de manière déclarée et qu'il ne puisse pas avoir accès aux aides sociales génère une absence de revenus et le rend dépendant de sa compagne ou de sa mère pour avoir de l'argent et pour se loger.

La question de l'instabilité et de la dépendance se traduit également dans les soins. En effet, les soignants comme interlocuteurs et l'hôpital comme lieu représentent parfois le seul échappatoire pour sortir de situations très conflictuelles avec son entourage, ou d'événements administratifs violents (OQTF, passage au tribunal administratif) ce qui amène Marco à avoir souvent recours aux soins. Comme nous l'avons vu précédemment, ce phénomène semble le pousser à se définir entièrement comme « malade », pour assurer et justifier cette accroche qu'il a aux soins. Bien que ce besoin qu'il exprime témoigne d'un mal-être voire d'une détresse majeure, nous pourrions imaginer que les solutions les plus appropriées soient parfois à chercher en dehors de l'hôpital. En effet, le système psychiatrique peut venir répondre à toutes sortes de besoins, mais n'y répond pas toujours bien. On observe combien l'institution peut aussi être néfaste pour les patients qu'elle abrite, en venant apporter une réponse majoritairement médicale à des problèmes qui sont très souvent hybrides. Par ailleurs, la

détresse générée par la violence administrative ne peut être résolue pleinement que par un biais administratif. Nous nous trouvons ici face à une situation que nous pourrions caractériser de souffrance d'origine sociale s'exprimant sur les lieux de la psychiatrie, en miroir à la souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social qui est au centre des préoccupations de la clinique psychosociale.

*« Après je ne sais pas si la désorganisation par rapport aux papiers ça vient de la maladie. Parce que maintenant que je suis entouré de médecins et que euh... je suis un patient. C'est maintenant que j'arrive mieux à gérer les papiers, moins les angoisses mais j'arrive mieux à gérer les papiers. Enfin, j'arrive pas à gérer les papiers comme il faut mais... avant j'y arrivais pas du tout et je n'avais pas de suivi médical d'ailleurs. »*

Ce passage témoigne du fait que sa symptomatologie a des conséquences fonctionnelles en altérant ses capacités à effectuer des démarches administratives. Il montre aussi la place qu'occupent les soins, qui répondent de façon indifférenciée à ce qu'on aurait tendance à qualifier de psychique (« les angoisses »), et les démarches administratives (« les papiers »).

Par ailleurs, le fait que des changements concrets ne puissent être entrepris peut également entraîner des difficultés de « confrontation à la réalité », avec des espoirs qui se placent massivement sur la question administrative censée tout régler.

*« Ouais sinon j'ai, je voudrais avoir la carte de séjour pour être stable, pour pouvoir aller au Brésil et revenir en France, pour pouvoir faire tout ce que je veux ici. Tout ce que je veux dans la légalité, dans, parce que après le fait de ne pas avoir de carte de séjour me fait faire des choses qui ne sont pas correctes des fois, peut-être si j'avais eu la carte de séjour j'aurais arrêté même la drogue, j'aurais été plus stable avec ma compagne. »*

Cette question de la « confrontation à la réalité » est très présente en psychiatrie et en réhabilitation. Mais de quelle réalité parle-t-on ? Est-il souhaitable d'amener quelqu'un à se confronter à « la réalité », quand celle-ci est insupportable ?

« La réalité, celle de la misère avant celle de la maladie, envahissant tout, sous les mille visages des désagréments de la modernité, dans la déviance et l'anonymat des villes, dans la mise à jour des parcours institutionnels au travers de nouvelles mesures d'urgence et des vieux

modèles camouflés de l'internement. La réalité « non-médicalisable », celle de ceux qui sont « pseudo- malades », « pseudo-psychiatisés », drogués, alcoolique... » (M. Colucci, 2008).

*« Sur plusieurs questions, dans plusieurs contextes, dans plusieurs situations j'ai été hospitalisé à cause de la carte de séjour. »*

Ces hospitalisations ont eu lieu dans plusieurs contextes différents : des décompensations de son trouble schizo-affectif en lien avec des facteurs de stress que nous avons décrit plus haut, une détresse majeure secondaire à la pression générée par des événements administratifs, mais aussi des « mises à l'abri », qui se sont traduites par un maintien des soins sans consentement sans que cela relève d'une indication médicale stricte, pour augmenter les chances que l'OQTF puisse être levée lors de l'appel au Tribunal administratif.

#### **4) Récit de la construction de notre prise en charge ou comment nous sommes retrouvées à accompagner Marco J. pour sa demande de titre de séjour.**

« Le professionnalisme pose la qualification (diplôme, droit d'exercice) en amont de la compétence, le savoir théorique en amont de l'expérience. A contrario, la professionnalité, entendue comme l'art d'être professionnel, interroge les ressources professionnelles et aussi l'ensemble des ressources sociales et personnelles mobilisées dans toutes les situations (encore) non écrites dans les livres et donc théorisées » (C. Laval, 2008).

Ainsi, je décrirai dans cette partie les événements et le contexte qui nous ont menées, Gilda et moi, à accompagner Marco dans sa demande de titre de séjour, ainsi que certains moments que nous avons traversés ensemble au cours de cette prise en charge et qui résonnent en moi comme une « épreuve de professionnalité ».

##### **a. La rencontre : réflexions autour de la distance professionnelle**

En décembre 2019, je rencontre M. Marco J. pour la première fois. Nous sommes dans une voiture. Gilda, ma collègue infirmière, conduit, je suis assise à côté d'elle et Marco est à l'arrière. Elle me présente, Elsa, interne en psychiatrie au X [service de réhabilitation]. Nous roulons vers le CMP (Centre Médico-Psychologique) où nous avons prévu de déposer Marco

avant de continuer notre route. Je suis obligée de me retourner pour le voir et j'ai du mal à capter son regard ailleurs que dans le rétroviseur, d'autant plus qu'il porte des lunettes de soleil. Il a l'air fatigué, parle vite et s'organise : ses affaires, les trajets, les enfants, sa compagne. Il doit se rendre à son rendez-vous puis il a prévu d'aller rendre visite à sa compagne qui est hospitalisée. Il a beaucoup fumé le matin même, et pris pas mal de comprimés de Xanax et de Méthadone. Il s'excuse, dit qu'il n'est pas en forme et qu'il aurait préféré qu'on ne le voie pas dans cet état.

Je n'ai pas l'habitude de rencontrer les patients dans des voitures, et cette expérience me bouleverse un peu. Son récit m'inquiète, notamment quand il décrit ses consommations. Je me demande si je peux, si je dois le questionner plus précisément sur ce qu'il a pris, puis finalement me rétracte en me disant qu'il a rendez-vous avec sa psychiatre quelques instants plus tard. Je m'interroge sur le cadre dans lequel a lieu cette rencontre et quelle posture je dois adopter.

La « bonne distance thérapeutique » nous est souvent enseignée pendant les études médicales. Il est question de notre positionnement professionnel censé se traduire par une distance physique, un niveau et un contenu de langage adaptés. Ni trop lointaine (sans quoi l'alliance thérapeutique ne pourrait pas se faire) ni trop proche (pour éviter de sortir de sa fonction et de risquer de ne plus être soignant ou de se faire manquer de respect), la distance thérapeutique guide notre manière d'entrer en lien avec les patients.

En psychiatrie, il est souvent question du cadre, qui est considéré comme étant un préalable à tout soin. Dans la revue *Santé Mentale* de novembre 2012, le cadre thérapeutique est défini comme « l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. ».

La question du cadre et de la distance thérapeutique m'a souvent interrogée, et notamment avec ce patient. En effet, dès notre première rencontre, je me suis trouvée confrontée à la difficulté de me positionner en tant qu'interne, ne sachant pas si j'étais à ce moment-là en train de travailler ou si nous étions deux passagers de cette voiture en route vers des horizons

différents. Le fait que je n'ai pas eu une posture médicale vis-à-vis de lui pendant ce trajet en voiture semble m'avoir autorisée par la suite à sortir du rôle habituel d'interne en psychiatrie.

### **b. Un vide à combler : la question de l'urgence de l'accompagnement social**

Quelques jours plus tard, nous le voyons chez sa compagne, où il vit en alternance avec le domicile de sa mère. Nous avons convenu avec lui au préalable que nous viendrions toutes les deux car je m'intéresse aux patients qui ont des situations sociales complexes. Nous sommes en début d'après-midi, il nous ouvre la porte et nous invite à entrer. Nous nous asseyons autour de la table du salon. Marco nous propose un café, « à l'italienne c'est plus rapide », avant de sortir une mallette décorée de fleurs roses, qui contient des centaines de papiers. En s'adressant à nous deux il dit : « donc, vous m'avez dit que vous alliez m'aider à rassembler ? ».

Dans ma tête, je pense : « je suis ici avec Gilda mais je ne sais rien faire donc je ne suis pas là pour vous aider dans vos démarches contrairement aux apparences, mais pour essayer de comprendre ce qui vous arrive ».

Au fil de la discussion, nous nous rendons compte que personne ne l'aide vraiment dans les démarches liées à son titre de séjour, et ce depuis plusieurs années, et qu'il est donc toujours en situation irrégulière. De celle-ci découle l'impossibilité d'avoir un logement à lui et de toucher des aides sociales auxquelles il aurait droit, notamment l'AAH (Allocation Adulte Handicapé). Il y a une quinzaine de professionnels autour de lui, dont plusieurs assistants de services sociaux. Marco sait exactement qui est qui et qui s'occupe de quoi : l'assistante sociale du CMP se charge des démarches sociales en lien avec la santé (demande d'AME), une autre l'accompagne à la mission locale. Personne ou presque ne s'occupe de cette question de titre de séjour. Tout le monde s'en préoccupe mais personne ne s'en occupe. Comment est-il possible de mener des soins auprès d'une personne qui n'est pas accompagnée par ailleurs pour ce qui semble être au cœur de sa souffrance ?

En soins de réhabilitation, il est très courant que nous (notamment les infirmiers, mais j'ai eu l'occasion de le faire aussi) soyons amenés à effectuer des démarches concrètes avec les

patients dans le champ de la réinsertion socio-professionnelle. Cela a pour but d'évaluer les capacités de la personne et surtout de l'aider dans la réalisation des démarches qu'elle ne pourrait pas faire seule. Par ailleurs, ces démarches ont une fonction de médiation et permettent parfois de faciliter la création et le maintien d'un lien avec la personne, ce qui est essentiel en psychiatrie. Dans ce cas précis, le chantier est de taille. J'ai quelques notions très sommaires en droit des étrangers, et ce dont je me souviens le mieux, c'est la complexité de ce champ qui rend les démarches associées très difficiles.

Malgré tout, il nous paraît impossible dans cette situation de reléguer à d'autres cette tâche, étant donné les nombreux essais qui ont déjà été faits et qui n'ont pas abouti. Nous nous retrouvons dans une forme d'urgence à agir. Il faut que rapidement sa situation se régularise pour que nous puissions parler d'autre chose, que nous ayons des points d'accroches pour l'aider à se rétablir. Ce jour là, nous partageons avec Marco l'idée d'avoir déjà « perdu trop de temps ».

### **c. Soigner le social**

Pendant sa synthèse, quelques semaines plus tard, il est très rapidement question de sa situation administrative. Sa psychiatre référente cible cet objectif comme étant prioritaire et le place comme un préalable à tout travail thérapeutique. Nos accompagnements doivent donc se concentrer sur ce point, sans quoi son état clinique ne pourra jamais se stabiliser.

Autour de la table de la salle de réunion du CMP, nous sommes deux infirmières, une psychiatre et une interne en psychiatrie. Est-ce que nous sortons de nos missions en plaçant cet objectif administratif au sommet de la prise en charge des soins psychiatriques ? Y-a-t-il un sens à ce que des soignantes l'accompagnent à constituer un dossier de titre de séjour ?

La semaine suivante, nous rencontrons Marco chez sa mère cette fois. Il nous accueille dans sa chambre d'enfant et nous fait asseoir sur son lit avant de refermer la porte. Son visage est sombre et cerné, son discours est haché par des silences durant lesquels il essaye de reprendre son souffle. Il nous explique qu'il ne dort pas la nuit et qu'il prend beaucoup de médicaments la journée pour tenter de trouver le sommeil. Rapidement, il sort sa mallette à fleurs, qu'il emmène avec lui dans tous ses déplacements. Cette fois-ci, il sort ses papiers, qui circulent de mains en mains comme des photos de famille qu'il commente : « ça c'est mon



passport en version brésilienne », « là c'est la promesse d'embauche pour un poste dans un magasin d'électroménager », « ça c'est un récépissé », « mon bulletin de notes, 17.5 de moyenne en dessin regardez », « le mariage de ma mère », « la carte d'identité de mon beau-père », « ça c'était quand on était parti en vacances avec V. [compagne] », « le papier de la deuxième OQTF », « je peux jeter ça c'est une photocopie ». Au fur et à mesure, il s'anime, son visage s'éclaircit. Il ne jettera rien, ces papiers sont des traces de son existence qu'il garde comme un trésor.

Je suis impressionnée par l'entrain avec lequel il nous parle de son parcours et de l'envie qu'il a de le partager avec nous. Mais plus je le vois se remplir de vie, plus je m'inquiète sur ce que nous sommes en train de faire. Ces démarches ne sont pas qu'une médiation pour entrer en lien, elles sont bien plus que ça car elles représentent le seul moyen pour qu'il puisse accéder à ses droits. Je ne suis pas assistante sociale, ma collègue non plus, et les quelques informations que nous avons recueillies jusqu'à présent me semblent largement insuffisantes pour espérer constituer un dossier solide. Je culpabilise déjà de l'échec à venir.

#### **d. La Cimade : reconstituer un réseau**

Marco est arrivé en avance et nous attend sur le trottoir, il a gardé une place pour la voiture. C'est la première fois que je viens à la Cimade, que je suis contente de découvrir. Marco, lui, est déjà venu il y a quelques années, et semble avoir tout de suite repris ses marques : « il n'y a pas beaucoup de monde, on a de la chance ». On nous propose de patienter, avant de nous diriger dans une plus petite pièce derrière, où nous rencontrons une dame d'une cinquantaine d'années. Elle paraît un peu sèche au premier abord, et nous explique que la personne qui s'occupe des droits des étrangers malades n'est pas là, mais qu'elle accepte tout de même de nous recevoir pour « prendre des informations ». Marco s'est habillé un peu différemment pour l'occasion, et il tient sur ses genoux son porte-document à fleurs. Il a l'air sérieux, et se met à raconter chronologiquement, les différentes démarches qu'il a faites depuis son arrivée il y a neuf ans. La dame prend des notes, pose des questions un peu plus précises sur sa relation avec V. [compagne] et sur sa situation de santé. Marco répond, donne des détails. Nous nous orientons vers une demande de titre de séjour pour motif de vie privée et familiale. Pour son dossier, il faut qu'il puisse prouver qu'il réside en France depuis un certain

nombre d'années, qu'il y a des accroches familiales et maritales, et qu'il bénéficie de soins essentiels inexistant au Brésil.

Cette perspective me met en colère. J'ai la sensation qu'il est poussé à adopter des raisonnements paradoxaux contre lesquels il résiste : il faudrait qu'il montre qu'il est très malade, tout en paraissant intégré dans la société ; sa famille devrait être considérée comme source de soutien, tandis que les relations au sein de celles-ci sont compliquées. Dans l'idéal, il devrait se marier avec sa compagne actuelle tandis qu'il semble espérer pouvoir s'en distancier après l'obtention d'une situation plus stable.

Peut-on lui demander de séparer ce qu'il entreprend pour cette demande de titre de séjour et ce qu'il entreprend pour construire sa vie ?

### **e. L'espoir**

A la fin de notre visite, Marco dit en souriant « je vais recommencer alors [le dossier pour la demande de TS], c'est positif ».

Sur le chemin du retour, nous nous retrouvons Gilda et moi et discutons. L'espoir. En réhabilitation, redonner de l'espoir fait partie des valeurs souvent défendues, et pourrait même s'inscrire dans nos missions premières. En effet, l'espoir est considéré en psychologie positive comme une manière d'anticiper le futur de manière positive (Delasa Y, et al 2015). Il est un moteur de changement et peut participer à faire accroître le pouvoir d'agir. En psychiatrie, nous sommes fréquemment confrontés à des situations dont l'issue est incertaine, que ce soit au niveau de la réponse thérapeutique ou des prévisions pronostiques. Il est très fréquent que nous valorisons l'apparition d'une énergie se tournant positivement vers l'avenir dans le but de faire entrevoir à la personne concernée un horizon qui soit souhaitable pour elle. Dans le cas présent, il s'agit d'espérer acquérir un statut administratif, dont l'obtention dépend d'un petit groupe de personnes qu'il est impossible d'atteindre. Par ailleurs, nous savons que très peu de demande de ce type sont acceptées. Non seulement ces démarches dépassent de loin Marco J. et son pouvoir d'agir, mais l'issue est binaire et sans nuances : il obtiendra un titre de

séjour ou n'en obtiendra pas. Mais comment peut-on espérer sans avoir aucun pouvoir sur ce qui est en train de se produire ?

## **5) Conclusion**

De par son histoire et ses conditions d'existence en France, Marco J. a développé une vulnérabilité psychique majeure. Cela semble avoir participé à la constitution et à l'évolution d'un trouble schizo-affectif, qui l'a amené à « devenir patient » de la psychiatrie. Les modes de rencontres avec les soignants qui l'entourent et l'usage qu'il fait des soins témoignent de l'intrication entre sa souffrance psychique et sa situation sociale. Retrouver une sécurité et une autonomie étant nécessaire à la stabilisation de son état clinique, la résolution de ce problème administratif est apparu comme un soin. C'est ainsi que nous nous sommes retrouvées Gilda et moi à accompagner Marco dans sa demande de titre de séjour, peut-être pas exactement pour lui « redonner de l'espoir », mais pour l'aider à entreprendre des possibilités de transformation de son environnement et de lui-même.

### **III - La réhabilitation psychosociale à l'épreuve des problématiques sociales**

La notion de santé mentale est de plus en plus présente et suit le mouvement actuel qui tend à gommer les frontières entre les domaines du sanitaire, du médico-social et du social.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la clinique et la réhabilitation psychosociales ne sont pas issues des mêmes terrains : la première se réfère au champ du social tandis que la deuxième se rapporte au domaine de la psychiatrie. Cependant, on observe des profils similaires chez les personnes accompagnées dans l'un et l'autre de ces domaines, du fait de la porosité entre les problématiques sociales et psychiques.

En réhabilitation, nous prenons en charge des personnes ayant des troubles psychiatriques et une souffrance psychique qui en découle et il existe très fréquemment des problématiques sociales associées. Par ailleurs, la précarité sociale peut générer de la souffrance psychique et même participer à la constitution de pathologies psychiatriques.

Actuellement, nous assistons progressivement à un glissement des pratiques de réhabilitation dans le champ du social et du médico-social. Dans le domaine de la psychiatrie, l'approche « centrée sur le rétablissement » est également valorisée, avec des politiques publiques qui vont dans ce sens. Ainsi, dans ce décloisonnement des champs du social et du sanitaire, la réhabilitation psycho-sociale prend de plus en plus de place.

Ces mouvements nous poussent à croiser certaines pratiques et notamment celles de « l'aller-vers », les politiques du logement d'abord, la posture d'accompagnement et de « faire avec », en lien avec les logiques de santé communautaire qui visent à prendre en charge les personnes au plus près de leurs conditions et leurs aspirations de vie. Mais cela se fait-il au profit d'une plus grande intégration des questions sociales dans le champ psychiatrique ?

## **1) La réhabilitation, un accompagnement vers la récupération « d'objets sociaux » ?**

« La santé mentale correspond à une dynamique générale de type santé publique, à savoir que la santé ne se réduit pas à la médecine et aux soins, elle implique l'action sur l'environnement social, les conditions de vie, etc. » (A. Ehrenberg, 2005).

En réhabilitation, les questions socio-professionnelles nous donnent fréquemment de la matière à travailler. En effet, beaucoup de personnes ayant un parcours en psychiatrie ont vécu des pertes d'attaches sociales et la question de la réinsertion est très présente. On pourrait dégager trois manières de travailler avec les « objets sociaux » en réhabilitation.

La première considère les objets sociaux comme un soutien : les revenus, le logement, les aides humaines ou financières peuvent venir stabiliser la situation d'une personne par plusieurs biais. Tout d'abord, l'aspect matériel peut venir apporter une sécurité et une autonomie. Ensuite, l'accès à un statut peut renforcer l'estime de soi et permettre à la personne de trouver plus facilement sa place au sein de la société.

La deuxième voit les objets sociaux comme des « leviers motivationnels », susceptibles de produire une activation comportementale pour pousser la personne à agir. D'un point de vue cognitivo-comportemental, entreprendre une démarche sociale, tout comme aller faire les courses, permet de sortir de chez soi, d'entrer en lien avec d'autres et par ce biais d'entraîner ses fonctions cognitives, métacognitives et plus globalement d'augmenter ses capacités.

La troisième touche au champ de la psychologie sociale et à la question de la destigmatisation. La stigmatisation a été décrite par B. G. Link et J. C. Phelan comme un processus qui génère des conduites et des comportements de discrimination, qui mènent à l'exclusion une partie de la société. Les personnes ayant des troubles psychiatriques sont concernées par ce phénomène, du fait d'un imaginaire collectif très négatif qui associe troubles psychiques avec les notions de dangerosité, de violence et d'incurabilité, ce qui impacte à la fois la santé mentale et l'accès aux droits (qui sont liés). Ces préjugés sont fréquemment intériorisés par les personnes concernées elles-mêmes, ce qui a été défini par la

notion d'« autostigmatisation », qui s'exprime par des mouvements de dévalorisation et de repli sur soi (isolement). Accéder à une vie sociale, à un travail ou à toute autre activité participe à rendre visibles les personnes concernées par la maladie mentale, ce qui vient changer le regard de la société sur ces individus tout en leur donnant plus de légitimité et de force pour prendre place au sein de celle-ci (B. G. Link et J. C. Phelan, 2001).

Ce travail autour de la réinsertion socio-professionnelle est l'un des points-clés des pratiques en réhabilitation. Nous avons vu que l'enjeu de ces démarches s'étend au delà de l'acquisition d'une stabilité matérielle, en étant l'occasion de l'évaluation et de l'entraînement des capacités, en ayant une portée soignante et en participant à la rémission des symptômes et/ou à un « mieux-être ». Mais pas seulement : les pratiques en santé mentale ont également comme visée, comme le décrit Ehrenberg, de préserver ou de réenclencher « la bonne socialisation de chacun » ce qui fait écho avec des attentes normatives de la société vis-à-vis des individus (A. Ehrenberg, 2005).

## **2) Individualisation des questions sociales et notion de projet**

« Voilà ce qui est nouveau. Nous avons affaire à un individu en maintenance, qu'il faut entretenir dans ses fonctions et qualités, sujet à révision lorsque se dressent des embûches sur son parcours. L'objectif de nombreuses politiques sociales, des politiques de l'emploi ou encore de formation est d'accompagner les individus afin de leur donner les moyens de se maintenir en état, de demeurer actifs ou de le redevenir. L'accompagnement signe le surgissement de l'individu et, avec lui, la notion d'utilité sociale » (I. Astier, 2009).

Cet extrait montre combien les pratiques du travail social sont imprégnées par la tendance sociétale qui pousse à privilégier une approche individualiste des problématiques sociales. Ce phénomène est tout aussi présent dans le traitement qui est fait des questions sociales dans le champ de la psychiatrie. On observe un double mouvement : d'une part, la figure de « l'individu en maintenance » se rapporte à l'application des logiques néolibérales sur l'individu qui doit faire croître son capital comme celui d'une entreprise. D'autre part, la notion « d'utilité sociale » fait écho à celle de « bonne resocialisation » que nous avons vue ci-dessus, et s'apparente à une forme d'instrumentalisation et de contrôle social.

En réhabilitation, l'individu et ses capacités sont placées au centre. Il est question d'apprendre à mieux « gérer ses symptômes », mais aussi son budget ou le ménage de son appartement. Si les logiques capacitaires qui vont dans le sens d'un renforcement de l'autonomie, semblent salvatrices dans le contexte institutionnel hospitalier, qui coupe les patients de la possibilité d'entreprendre des choses par eux-mêmes, il n'en existe pas moins certaines limites qu'il faut souligner. La notion de « projet » est très souvent érigée en réhabilitation comme un objectif de vie guidant les différentes prises en charge. Ce mot, qui appartient au champ lexical du management, se réfère à un ensemble d'activités, s'orientant vers un objectif jugé comme étant constructif et renvoie nécessairement à la question de la norme et de la productivité. C'est ce que décrit Astier quand elle dit qu' « avec les dispositifs de contrat et de projet, l'individu doit expressément manifester sa volonté d'adhérer à la société ».

### **3) La réhabilitation à l'épreuve des inégalités sociales**

« Les inégalités de santé, concrètement mesurées par le taux de morbidité et de mortalité, la fréquence des handicaps moteurs ou des troubles mentaux, l'espérance et la qualité de vie sont *aussi* des inégalités sociales. *Aussi* ne signifie pas exclusivement, et le réductionnisme sociologique n'aurait guère plus de sens que son équivalent biologique. La question posée ici porte sur la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans la biologie » (D. Fassin et M. De Koninck, 2004).

Il ne s'agit pas de tenter de recouvrir les problématiques de santé mentale par des problématiques sociales, ou inversement. Il s'agit ici de pouvoir adopter ces deux perspectives de manière concomitante, ce qui rejoint la vision de J. Furtos qui décrit la souffrance psychique d'origine sociale comme étant 100% psychique et 100% sociale. Dans ce qui suit, nous verrons comment la question des inégalités sociales peut venir pointer un déséquilibre entre perspectives sociales et biologiques (que nous étendrons aux logiques centrées sur l'individu) dans les pratiques de réhabilitation psychosociale.

En réhabilitation, il est beaucoup question « d'apprendre à vivre avec » son trouble psychique. Les personnes prises en charge sont principalement porteuses de troubles qui de

plus en plus sont apparentés à des maladies chroniques, et qui deviennent une « condition » qui peut être réhabilitée mais non guérie. Les soins proposés vont dans le sens d'amener la personne à trouver des ressources internes et externes pour s'adapter, ou limiter les obstacles qui se présentent à elle.

Lorsque les problématiques sociales sont au premier plan et sont celles qui participent à générer de la souffrance, voire à constituer les troubles, il semble difficile d'adopter cette même logique de soin, qui partirait de l'individu pour l'accompagner à s'adapter ou à adapter son environnement. En effet, cela amènerait à penser qu'il faut « apprendre à vivre avec » sa condition de précaire, ou « apprendre à vivre avec » une situation administrative privant de droits. Cela reviendrait à adopter une posture de tolérance vis-à-vis des injustices subies, ce qui paraît difficilement acceptable.

Didier Fassin, sociologue, a largement étudié ces questions en mettant en valeur leurs fondements et leurs conséquences. « A travers des catégories comme la souffrance, mais aussi le traumatisme, ce sont les réalités du monde social -la précarité et la pauvreté, la déviance et la violence, les drames personnels et les tragédies collectives – que l'on réinterprète au prisme de l'intériorité et de la subjectivité. » (D. Fassin, 2004).

Ce glissement qui s'opère du collectif vers l'individuel et des questions sociales vers des problématiques psychiques vient balayer la question des inégalités sociales, qui ne peuvent être considérées qu'uniquement d'un point de vue sociologique. En nous éloignant de la question des inégalités sociales, nous évitons de penser le système qui les produit. Considérer l'exclusion comme un phénomène individuel fait peser sur la personne des problématiques qui la dépassent et peut participer à renforcer l'intériorisation de la stigmatisation, qui nous l'avons vu est à la fois génératrice de souffrance et un frein de tout mouvement venant de la personne pour s'en défendre.

De cette manière, lorsque les situations où les freins sociaux sont majeurs, ils peuvent venir mettre à mal certains outils utilisés en réhabilitation.

La notion même de projet demande à pouvoir se projeter dans l'avenir. Sur le plan clinique, nous avons vu précédemment que la précarité pouvait engendrer un fort vécu d'insécurité et de peur, et amener les personnes à avoir des difficultés à s'ancrer dans le présent et à se projeter dans l'avenir. Il ne s'agit pas ici de dire que les personnes exprimant une souffrance en



lien avec la perte d'objets sociaux ne sont pas à même de construire un futur, mais plutôt de venir pointer certaines dynamiques qui sont parfois imposées aux personnes accompagnées, et qui peuvent les mettre face à des impasses. La notion de projet, tout comme celles du pouvoir d'agir ou de l'auto-détermination renvoie aux ressources propres de l'individu qu'il faut mobiliser pour parvenir à quelque chose. Dans les situations où il existe des freins administratifs par exemple, comme c'est le cas de Marco J., la personne peut se mobiliser jusqu'à un certain point mais se retrouve parfois rapidement confrontée à des problématiques qui la dépassent, et qui la poussent à déployer une énergie considérable pour accéder à ce qui apparaît comme des droits fondamentaux.

D'un point de vue plus pragmatique, le travail de réinsertion n'est possible que si la personne a accès à des droits qui lui permettent d'avoir un statut et des revenus (travail ou aides sociales). Tout le travail thérapeutique décrit dans la partie précédente et se rapportant à la question de la resocialisation peut difficilement être mis en œuvre dans des situations de précarité administrative.

Bien entendu, ces limites sont énoncées pour nous pousser à repenser nos pratiques et non pas pour restreindre l'accès aux soins de réhabilitation aux personnes les plus démunies. Au vu de ces limites, il paraît essentiel de pouvoir travailler en synergie avec des travailleurs sociaux, et de pouvoir développer des pratiques de soins orientées vers une plus grande justice sociale.

#### **4) Conclusion**

Ainsi, la réhabilitation psychosociale et les pratiques qui en découlent entretiennent des rapports étroits avec de nombreuses questions sociales. Nous avons vu qu'il existait différentes modalités de travail en lien avec les « objets sociaux », tels qu'ils sont définis par J. Furtos, qui ont une portée allant d'une prise d'autonomie sur le plan matériel à la question de la destigmatisation. Certaines situations « en marge » viennent questionner les différentes manières d'envisager la prise en compte des questions sociales en réhabilitation. Cela se traduit très fortement autour de la question des inégalités sociales, qui vient pointer les limites de cette approche centrée sur l'individu, et nous pousse à nous ouvrir aux réflexions de justice sociale.

## Conclusion

*« E - Peut-être une toute dernière question, si tout était possible, de quoi vous auriez besoin pour aller mieux ?*

*M - De ce que j'aurais plus besoin, c'est de ma place. Ma place c'est tout, ma place tout seul.*  
*»*

Si tout était possible, peut-être que Marco et moi ne nous serions pas rencontrés. En effet, il semblerait que son recours aux soins psychiatriques fasse directement écho à des problématiques sociales auxquelles il est confronté, et qui sont une entrave à son rétablissement. Bien qu'il présente un trouble psychiatrique avéré, dont l'étiologie est multifactorielle, nous avons vu combien les difficultés sociales et administratives auxquelles il est confronté depuis de nombreuses années sont venues impacter son état de santé mentale. L'intrication entre son trouble psychique et sa situation sociale nous amène à nous décaler de nos pratiques habituelles, en nous invitant à adopter des perspectives qui intègrent les facteurs socio-environnementaux dans la compréhension et la prise en charge de la souffrance psychique.

La réhabilitation psychosociale se veut intégrative dans sa manière d'envisager les troubles psychiques. En mettant au centre le concept de rétablissement, elle propose de considérer les soins psychiques comme des outils allant au delà de la question de la rémission des symptômes psychiatriques. Il est question d'intégrer un ensemble de facteurs environnant la personne concernée qui comptent pour elle, et de l'accompagner à retrouver un pouvoir d'agir sur sa vie. Bien qu'issus des luttes de personnes concernées pour faire valoir leurs droits et la valeur de leurs expériences, les travaux et les pratiques en réhabilitation psychosociale se trouvent en difficulté pour prendre en compte les questions qui se posent dans certaines situations « en marge », dans lesquelles les freins sociaux sont majeurs. On pourrait pourtant penser qu'en se postant du point de vue de personnes « minorisées », ce courant aurait pu être particulièrement sensible aux questions qui touchent aux inégalités sociales.

Ce constat nous invite à réactiver les questionnements portés par la clinique psychosociale dans le champ de la psychiatrie et nous amène à considérer la situation de Marco J. comme l'expression d'une souffrance (psychique) d'origine sociale qui s'exprime sur

les lieux de la psychiatrie. Cela ouvre à une réflexion autour des réponses que nous pouvons apporter à ce type de problématiques, et nous amène à penser le décalage qui s'opère dans les pratiques professionnelles vers une urgence à traiter les questions sociales avec les outils du soin. Cette manière individuelle d'aborder les problématiques sociales pose question, car elle empêche notamment de penser le système qui les crée, et fait peser sur l'individu des problématiques qui le dépassent. Il apparaît donc nécessaire de pouvoir intégrer dans nos réflexions et nos pratiques une lecture collective de l'impact des problématiques sociales sur la santé mentale.

Les perspectives centrées sur la justice sociale ont comme visée la réduction des inégalités sociales, politiques et juridiques, pouvant accroître la vulnérabilité de certains individus (J. Rawls, 2009). Certains travaux menés dans le champ de l'éthique du *care* viennent intégrer cette philosophie dans une perspective de soin, et nous invitent à redéfinir les contours du soin en santé mentale comme «une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre «monde» de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (*selves*) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie» (J. Tronto, 2009).

## Bibliographie

Assad L., L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi, revue « Le sujet dans la cité », 2014

Astier I., La transformation de la relation d'aide dans l'intervention sociale, revue « Informations sociales », 2009

Bardol O. et al., Perceived ethnic discrimination as a risk factor for psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis, dans « Psychological Medicine », 2020

Colin V., Furtos J., La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine, revue « Répondre à la souffrance sociale », 2005

Colucci M., 30 ans après la loi 180 en Italie, crise et opportunités pour les professionnels, Prendre soin des professionnalités, revue Rhizome numéro 33, décembre 2008

Deegan P. E., Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation, Socrate Réhabilitation ® - [www.espace-socrate.com](http://www.espace-socrate.com), 2005

Delasa Y., Martin-Krummb, F.Fenouillet, La théorie de l'espoir : une revue de questions, Psychologie Française, Volume 60, Issue 3, September 2015, Pages 237-262

Ehrenberg A., La question mentale, ouvrage « La Santé Mentale en Actes », éditions Eres, 2005, p. 257

Fassin D. et De Koninck M., Les inégalités sociales de santé, encore et toujours, revue « Santé Société et Solidarité », 2004

Fassin D., Des Maux Indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, éditions La Découverte, 2004, p. 8 à 35.

Furtos J., Souffrir sans disparaître, revue « La Santé Mentale en Actes », 2005

Furtos J., Les enjeux cliniques de la précarité, revue « Le Carnet Psy », 2011, p.30

Furtos J. et Laval C., Introduction, ouvrage « Santé mentale en actes », édition Eres, 2005, p. 17 à 21

Henssler J. et al., Migration and schizophrenia : meta-analysis and explanatory framework, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* volume 270, 325–335, 2019

Laval C., Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale, *Prendre soin des professionnalités*, revue *Rhizome* numéro 33, décembre 2008

Leaune et al., Ethnic minority position and migrant status as risk factors for psychotic symptoms in the general population: A meta-analysis, *Psychological Medicine*, Volume 49, Numéro 4, mars 2019, 545-558, 2018

Link B. G. et Phelan J. C., Conceptualizing Stigma, *Annual Review of Sociology*, Vol. 27:363-385, 2001

Morgan C. and al, Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 36, Issue 4, 655–664, 2010

Rawls J., *A Theory of Justice*, Harvard University Press, 2009

Roelandt J-L et al, La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998–2000, *l'Information Psychiatrique*, Volume 79, numéro 10, Décembre 2003

Tronto J., Care démocratique et démocratie du care, dans l'ouvrage *Qu'est-ce que le care ?*, sous la direction de P. Molinier, S. Laurier et P. Paperman, édition petite bibliothèque Payot, 2009

Van Os J. et al., The environment and schizophrenia, *Nature*, 468, 203–212, 2010

Zubin, J. et Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126

## **Annexe – Retranscription de l'entretien avec Marco J.**

Retranscription de l'entretien avec Marco J.. Entretien qui a eu lieu dans mon bureau au X [service de réhabilitation], qui est basé au sein d'un hôpital psychiatrique lyonnais. Il est très rare que nous nous rencontrions dans ce bureau car nous nous voyons habituellement à l'extérieur de l'hôpital. Cet entretien a été effectué et enregistré après explication du cadre dans lequel se déroule ce travail et avec l'accord du patient. Il a été retranscrit à la main, les noms des personnes et des lieux ont été anonymisés.

E : Elsa

M : Marco

M – Et le... l'interrogatoire on va dire comme ça (rire)

E - Ouais l'entretien (rire)

M - L'entretien si vous voulez, c'est par rapport à l'immigration et au contexte de l'immigration dans la psychiatrie ?

E - Oui un petit peu. Ça c'est le sujet qui m'intéresse. Mais du coup je me disais dans un premier temps, est-ce que vous pouvez me dire qu'elles sont vos difficultés en fait, au niveau psychique ?

M - Mes difficultés psychiques, c'est la maladie mentale ?

E - Ouais

M - Mes difficultés c'est euh... d'avoir un bien être, de vivre libre, libre de mes choix, de... déjà c'est très inconfortable d'avoir un suivi psychiatrique, y a beaucoup d'inconvénients. Par exemple, les préjugés des gens par rapport à la maladie, de la famille souvent, après les gens, la majorité du monde je m'en fiche mais les proches c'est dur de dire qu'on est malade, qu'on a la maladie, qu'on se soigne de quelque chose.

E - Parce que du coup votre maladie vous diriez que c'est quoi ?

M - C'est nerveux, c'est dû à la consommation de toxiques et dû à mon passé difficile, des choses que j'ai pu voir dans mon enfance qui ont généré une colère, qu'aujourd'hui je transmets dans mes actes des fois. Qu'est-ce que c'est ma maladie avec un terme médical ?

E - Non avec vos mots à vous.

M - Ouais c'est ce que j'ai dit, c'est dur tout ce que j'ai vu tout ce que j'ai entendu, tout ce que j'ai vécu. J'ai perdu un ami très jeune, moi j'avais 15 ans, lui il devait avoir 12 ans, 13 ans, il est mort d'arme à feu. J'ai vu des gens se faire tuer dans mon enfance plusieurs fois, j'ai subi des violences, j'ai vu mes parents se droguer, et tout ça ça a accumulé des choses jusqu'à 17 ans, quand j'ai commencé à fumer pour la première fois du cannabis, et la première fois que j'ai arrêté c'était en 2014 j'avais 20 ans, j'ai essayé d'arrêter le cannabis et l'alcool, et c'est le jour où j'ai replongé dedans quinze jours après que la maladie... elle a dégénéré ma maladie, que je me suis retrouvé hospitalisé sous contrainte, attaché, et voilà. La maladie elle est venue petit à petit mais elle est restée.

E - Donc vous diriez que la maladie elle a commencé quand vous êtes arrivé en France ? Ou elle était déjà là avant ?

M - Non elle était pas là avant, j'étais un garçon très heureux, je faisais du sport, j'avais une bonne santé de vie, hygiène de vie, une bonne santé mentale peut-être, je fréquentais la famille, des bonnes personnes et je me comportais de forme intelligente, rapide, organisée, ce n'est plus le cas depuis 2014. Je n'ai plus de motivation, je n'ai plus d'organisation, je n'ai plus d'initiative, à cause de la maladie.

E - D'accord. Et je voulais vous demander si pour vous y avait un lien entre votre maladie et votre situation administrative en ce moment ?

M - En ce moment non. Parce que ma maladie, c'était plutôt dans... ma maladie elle est pas tous les jours on dirait. Elle vient sur des courtes durées, deux ou trois semaines quand même c'est long mais la crise, la maladie de crise, elle est pendant un certain temps, et souvent, je me sens persécuté, mais en temps normal la situation avec les papiers et la maladie, elles ont jamais été ensemble.

E - Mmmh. Parce que du coup nous on se voit, à peu près tous les quinze jours, pour aussi parler de votre titre de séjour, de comment faire pour vous accompagner pour que vous arriviez à rassembler tous les papiers.

M - La maladie, après je ne sais pas si la désorganisation par rapport aux papiers ça vient de la maladie. Parce que maintenant que je suis entouré de médecins et que euh... je suis un patient. C'est maintenant que j'arrive mieux à gérer les papiers, moins les angoisses mais j'arrive mieux à gérer les papiers. Enfin, j'arrive pas à gérer les papiers comme il faut mais... avant j'y arrivais pas du tout et je n'avais pas de suivi médical d'ailleurs.

E - Et là est-ce que vous pouvez me dire un petit peu, qui sont les professionnels autour de vous ? Et à quoi ils servent pour vous ?

M - Ceux qui sont autour de moi, y'a des soignants en addictologie, c'est très important car je nécessite deux temps, pour ne pas consommer de toxiques abusivement, pour savoir où j'en suis dans les toxiques. Après y a mon médecin traitant, je vais le voir rarement, mais j'ai eu besoin pendant un certain temps pour arrêter l'injection et continuer avec des comprimés. Et maintenant j'ai un psychiatre qui est plus dans la parole, de la vie sociale, de la vie de famille, de.. Après j'ai le X [service de réhabilitation] avec vous et avec Gilda, qui me tient au courant de mes problèmes de mes besoins, et chaque personnel a une place dans ma santé. Dans ma santé que ce soit psychologique ou.. surtout psychologique, psychique. J'ai aussi des personnes comme Mme S. la neuropsychologue qui m'a fait des tests psychologiques, mais je ne sais pas à quoi ça a abouti mais j'étais plutôt content des résultats. Après j'ai M. P., c'est plutôt pour vous, le travail. Enfin je veux dire M. P., Mme S., c'était plutôt pour le développement dans leur métier. Que plutôt pour moi, enfin peut-être un peu pour moi, mais je ne trouve pas vraiment l'intérêt de... des entretiens ensemble avec Mme S. et M. P.

E - Parce que M. P. c'est pour une étude c'est ça ?

M - Oui c'est pour une étude oui. Mais je participe mais je ne vois pas le... le... je ne vois pas le retour positif que ça pourrait venir dans ma vie. Mais, je participe quand même de l'étude pour euh... pour je sais pas mais c'est bien.

E - Pour les aider ?



M - Pour les aider oui, parce que je suis serviable (rires ensemble). Parce que si ça peut m'aider aussi comme M. P. il a dit les directives anticipées pourraient m'aider pour les hospitalisations, pour que ça puisse être plus dans mon sens, c'est positif pour moi, mais si ça n'a pas d'intérêt final dans mon sens je pense que ça ne peut pas être positif pour moi.

Après j'ai aussi, pour la première fois j'ai Mme F. de X [service de réhabilitation], cette dame elle m'aide à.. à gérer mes émotions -par téléphone on a eu des entretiens- à gérer mes émotions en vie de couple, elle me donne des indices et des alternatives. Je pense que c'est pas mal d'avoir un suivi psychologique avec un psychologue. Après j'ai des soignants autres en addictologie, mais plus dans l'hospitalisation . J'ai fait trois semaines à P. [hôpital] et à S. [autre hôpital]. J'ai pu arrêter les toxiques pendant un certains temps, ça m'a servi à être stable, avec des traitements comme le Loxapac, un par soir. J'étais bien dans ma peau, je faisais beaucoup de choses, et maintenant je, j'ai eu la rechute et la troisième hospitalisation sous contrainte en 2019, et je suis sous... sous Abilify et Depakote et je me sens beaucoup plus sédaté et beaucoup plus fatigué qu'avant. C'est toujours le même problème, le manque de confiance en moi, manque d'initiative, de courage pour travailler, et tout ça ça joue dans ma maladie, ça a engendré et fait évoluer ma maladie.

E - Mmmh. Le fait que vous ne puissiez pas travailler par exemple ?

M - Le fait que je ne puisse pas travailler et que j'ai des problèmes à trouver du boulot, par rapport à la carte de séjour oui, ça a augmenté mon.. mes angoisses, mes soucis, et ça me bloque.

E - Quand vous réfléchissez là, à préparer les papiers pour votre demande de titre de séjour, est-ce que c'est des moments où ça vous stresse ou.. qu'est ce que ça vous fait ?

M - Ca me fatigue.

E - Ca vous fatigue.

M - Ca me fatigue. Mais... j'ai aussi mon côté familial qui n'est pas facile, qui me fatigue aussi. J'ai ma mère qui.. bon après il faut pas ramener les problèmes ici on parle de moi, mais j'ai mes parents qui sont dans la drogue dure, j'ai V. [compagne] qui a des problèmes avec... avec euh avec moi, par rapport à ses parents, elle ne peut pas me présenter à ses parents, elle ne peut pas affirmer une relation mais pourtant elle veut rester toujours avec moi. Mais c'est

pas facile, surtout la vie, la vie commune, les problèmes de vie commune engendrent ma maladie encore une fois et tout ça ça fait comme une boule de neige. Les papiers, la famille, le mal du pays peut-être -ça je ne sais pas c'est quoi mais on parle toujours du mal du pays- mais quand je suis arrivé ici j'étais vraiment pas bien. Maintenant je suis bien mais peut-être ça a engendré ma maladie. Après c'est un tout : toxiques, c'est euh.. J'ai quand même de la chance. J'ai quand même de la chance j'ai passé un bac, je suis en France, j'ai une gentille femme, j'ai une maman qui fait tout pour moi, c'est ça ma maladie, on se rend pas compte souvent mais, et maintenant j'ai un suivi très appuyé sur ma maladie, sur mes soins et ça me convient, ça me convient pour le moment.

E - C'est quoi le mal du pays ?

M - Le mal du pays c'est ma grand mère, c'est mes cousins, ma tante, après j'ai beaucoup de tantes amis je ne les compte pas toutes, j'ai beaucoup de cousins mais je ne les compte pas tous, mon père mais je ne le compte pas, il compte pas, pas vraiment, il n'a jamais compté, c'est une bonne personne, mais c'est pas quelqu'un avec qui j'ai des liens. J'ai... j'ai le mal de ma joie, du foot, du sport, de me lever tôt et d'aller faire un beau temps.

E - Ouais. Et je me disais, le fait que pour l'instant vous soyez en situation irrégulière, euh... est-ce que vous avez l'impression que des fois ça a pu provoquer, un peu des phases où vous étiez pas bien à cause de ça, où au niveau du moral ça n'allait pas ?

M - Oui oui. Je suis peut-être allé trop vite mais je me souviens, en 2014 je devais voyager au Brésil une première fois en vacances, c'était le 12 juin et le 13 juin je me retrouvais ici. C'était la période du bac et j'avais passé mon bac, mes examens et j'étais très excité, très anxieux et quand je me suis retrouvé ici à Y [hôpital psychiatrique] j'avais des anxiolytiques, à ce moment là dans ma maladie c'était l'anxiété qui comptait plus, le fait d'arrêter le cannabis, d'arrêter l'alcool, de prendre le même jour du voyage, ça allait trop vite dans ma tête et je me suis retrouvé enfermé. Oui oui ça vient de, du fait que je devais voyager sans savoir les conséquences du voyage. Je n'avais pas la carte de séjour mais j'avais acheté un billet d'avion quand même. Et en 2015 j'ai voyagé sans carte de séjour.

E - Et ça a marché ?

M - Oui, j'ai eu de la chance, au Portugal ils m'ont questionné, j'ai dit que j'étais au lycée et ils m'ont laissé passer en France, vu que j'étais dans l'espace Schengen je n'ai pas eu de contrôle de douane, et je suis arrivé et je suis parti à Oullins. J'ai passé un mois au Brésil, et heureusement que j'étais scolarisé, sinon ils ne m'auraient pas laissé entrer. Mais même à la douane du Brésil ils ne voulaient pas me laisser partir ce jour là, le 15 janvier 2017, 2016, 2016. Et je suis venu. Mais, à un moment, j'étais sur un banc, juste avant de me faire hospitaliser en 2015, en juin 2015, j'ai voyagé en décembre 2014 et en janvier 2015. Et en juin 2015, deuxième contrainte, j'étais dans mes pensées fluctuantes, et j'imaginai un monsieur de la douane, c'est imaginaire, c'est tout à fait imaginaire, un monsieur de la douane qui me parlait, et j'entendais pour la première fois des voix. Et ce monsieur il me disait -c'est ce monsieur qui m'a laissé passer- que à cause de moi, à la douane au Portugal, en 2014 fin d'année ou en 2015 début d'année, que ce monsieur à cause de moi il avait perdu son boulot, il me disait ça et c'était par des antennes intermédiaires, et c'est la première fois que j'ai entendu des voix. Mais oui, ça a beaucoup engendré ma maladie le fait de ne pas avoir les papiers, le fait d'avoir voyagé et d'avoir eu des OQTF. Ça a dû aggraver ma maladie.

E - En tout cas c'est ce que vous pensez.

M - Non c'est ce que j'ai entendu.

E - C'est ce que vous avez entendu, de qui ? Des soignants ?

M - Non.

E - De qui ?

M - Non c'était un douanier dans ma tête qui me disait qu'il perdait son boulot à cause de moi.

E - Ah oui ça, à ce moment là, oui oui oui oui.

M - Mais à ce moment là j'étais alcoolisé aussi et ...

E - Oui oui oui, non je ...

M - Et quelques jours après je... dites moi.

E - Non ce que je disais c'est que, là vous dites que du coup le fait de pas avoir de papiers ça a participé à la maladie, et je disais que ça c'est votre impression. Et je me demandais, est-ce

que les soignants qui vous suivent, ont déjà dit « ah bah oui peut-être que ça a participé ». Est-ce que ça c'est quelque chose dont vous parlez avec vos soignants ?

M - Oui oui oui, y a eu un moment j'étais hospitalisé ici à Lyon, parce que j'allais passer une audience en 2018, en janvier 2018, encore une fois j'étais hospitalisé mais cette fois sans contrainte, et je ne suis pas allé au tribunal, ils m'ont refusé une deuxième fois une demande d'annulation OQTF, ils m'ont donné un deuxième OQTF par la suite et à ce moment je parlais aux soignants qui me disaient à l'époque qu'il ne fallait pas que j'y aille au tribunal, car ils pouvaient m'envoyer directement au pays ce jour là. Et d'autres soignants ils me disaient différent, ils me disaient qu'il fallait que je me défende, que j'avais le droit de rester. Mais par rapport à la maladie sinon je ne sais pas, ils ne m'ont jamais parlé de la maladie due à la réglementation.

E - Mais du coup à ce moment là vous avez été réhospitalisé.

M - A ce moment là j'étais hospitalisé deux semaines avant l'audience, en vrai j'étais quelqu'un de très anxieux, quand je n'ai pas de traitement ou que... il y a eu deux fois pendant le bac où j'ai été hospitalisé.

E - Pendant le bac ?

M - Pendant le bac, 2014, 2015, je suis quelqu'un de, j'étais très anxieux avant, et la dépression elle est venue juste après. Mais par rapport au fait d'être clandestin et ça a engendré la maladie je ne sais pas... je ne sais pas ça participe. Je ne sais pas répondre à cette question mais ça participe vraiment. Sur plusieurs questions, dans plusieurs contextes, dans plusieurs situations j'ai été hospitalisé à cause de la carte de séjour.

E - Donc y a eu cette première fois où vous aviez prévu le voyage au Brésil.

M - 2014.

E - Ouais.

M - Ensuite en 2015, j'ai, j'ai eu une rechute et même en 2015 quand je suis arrivé aux urgences, y a une chose encore un peu marrante, enfin pas marrante mais on se marre. Je croyais que j'avais l'Ebola à ce moment là parce que j'avais voyagé au Brésil. Mais l'Ebola à ce moment là il était que en Afrique en majorité en 2015, et je suis arrivé, c'est souvent

comme ça, les phases maniaques elles viennent après... et à chaque fois c'est dû à l'arrêt des traitements. Donc en 2019 je suis arrivé sous contrainte, et dans ma tête l'idée c'était de repartir au Brésil, j'ai eu aussi un retour de Dr D. de L. [unité d'hospitalisation], qui me disait que le mieux c'était d'y retourner au Brésil, pour avoir une vie plus saine au niveau mental, j'ai eu aussi Mme G. un docteur de Z [autre unité d'hospitalisation], qui m'a dit aussi qu'il fallait que je retourne au Brésil, que là bas j'aurais une meilleure vie, après j'ai eu Mme C. qui m'a défendue et qui préfère que je reste ici. Mme L. qui n'avait pas vraiment de préjugé, de jugement par rapport à ma situation si je dois partir si je dois rester, mon ancien psychiatre qui est resté à mes côtés au CMP pendant 4 ans. A mon écoute. Ouais sinon j'ai, je voudrais avoir la carte de séjour pour être stable, pour pouvoir aller au Brésil et revenir en France, pour pouvoir faire tout ce que je veux. Ici. Tout ce que je veux dans la légalité, dans, parce que après le fait de ne pas avoir de carte de séjour me fait faire des choses qui ne sont pas correctes des fois, peut-être si j'avais eu la carte de séjour j'aurais arrêté même la drogue, j'aurais été plus stable avec ma compagne.

E - Je me rappelle la dernière synthèse que vous avez eue, donc c'était avant le confinement au CMP vous vous rappelez ?

M - Mmmh.

E - Je me souviens qu'un des points importants qu'on avait soulevé pendant cette synthèse, comme piste pour vous aider, c'était vraiment de vous accompagner pour refaire une demande de titre de séjour. Et à ce moment là on était que des soignantes, on était du coup psychiatres, infirmières, et vous. Et moi ça m'avait vachement questionné parce que je m'étais dit, est-ce que du coup vous accompagner à faire ces démarches de titre de séjour, est-ce que c'est un soin ?

M - C'est pas un soin, c'est une forme administrative de bah, de la part du CMP non. Mais si c'est un assistant social ou le X [service de réhabilitation] oui. C'est pas un soin global, mais c'est un pas vers le soin peut-être, c'est un pas vers le soin, vers la réinsertion sociale. Oui oui, c'est un type de soin. C'est un accompagnement pour le soin, c'est un pas vers l'avant. J'espère que ce ne sera pas une perte de temps de votre part, parce que j'ai assez perdu mon temps avec des associations comme la Cimade, enfin non pas la Cimade excusez moi c'était RESF (Réseau Education Sans Frontières), le réseau éducation sans frontières, et j'avais une dame

qui me suivait et qui me disait qu'il ne fallait jamais que je demande la carte de séjour avant que j'ai des bonnes notes au lycée. Et bah, je suis devenu majeur, et je n'ai pas demandé ma carte de séjour aussi en même temps après ma majorité, jusqu'à l'âge de 20 ans et la première fois, donc, c'était vraiment l'administration là, donc y avait le CIO (Centre d'Information et d'Orientation) , y avait le RESF, y avait le maison de la justice et des droits, et tout ça derrière moi qui me faisait beaucoup de poids, qui me faisait beaucoup.. qui m'a pas fait gagner beaucoup de temps en vrai, qui m'a fait perdre un peu de temps, c'est pas leur faute mais la pression a engendré que j'arrête de faire la suite des demandes, et les refus qui ont généré une frustration et une colère qui sont devenus ma maladie, c'est devenu ma maladie, la colère, la frustration, le rejet, tout ça c'est devenu ma maladie. Je suis devenu malade à cause de ça.

Après je trouve que je suis plus stable, moins sociable, moins sportif, mais plus stable dans ma famille, dans mes... je fais moins d'erreurs, je prends mon temps pour choisir ce que je dois faire, je me vois pas comme quelqu'un qui a des difficultés. Je suis en paix justement, je ne suis pas dans le négatif, si j'ai beaucoup de problèmes, mais je les résous doucement. Et les problèmes que j'arrive pas à résoudre, je me focalise dans ces problèmes en ce moment. Je suis plus stable, psychiquement ou j'ai moins de mauvaises fréquentations, j'ai pas de mauvaises fréquentations d'ailleurs.

E - D'accord. Et là, y 'a une assistante sociale aussi autour de vous, non ?

M - Y'avait une assistante sociale au CIO d'Oullins, Mme P., y avait aussi une assistante sociale au CIO de Feyzin tout ça pour les démarches éducatives. Et M. D. à la mission locale. Mais ces deux personnes, je ne peux plus être en contact car j'ai dépassé les 25 ans et la mission locale ne peut pas gérer des gens de plus de 25 ans. J'ai l'assistante sociale au CMP, mais qui ne s'y connaît pas vraiment dans l'administratif de titre de séjour, mais plus dans le médical. Et c'est une très bonne assistante sociale, elle est à l'écoute. J'ai eu aussi un assistante sociale à L. [service de psychiatrie], mais en vrai les assistantes sociales médicaux ne sont pas très dans le... dans l'administration, réglementation carte de séjour, donc je n'ai pas d'assistante sociale pour ça.

E - Oui, c'est pour ça qu'on s'est dit que c'était aussi notre rôle de vous accompagner dans ces démarches.

M - J'ai eu à faire à des adjoints des maires, deux personnes de la mairie d'Oullins, qui sont rentrés en contact avec moi. J'ai eu un entretien d'embauche avec la directrice d'une école qui a passé mes coordonnées à ces messieurs, qui m'ont promis de m'aider pour obtenir la carte de séjour. Mais à ce moment là je ne savais pas si je reste en France ou si je repars au Brésil donc je n'ai pas fait beaucoup d'efforts et j'ai arrêté les contacts avec ces deux personnes là. Ils étaient d'une très bonne relation avec l'ancien maire d'Oullins, non le préfet, qui est très bien nommé dans la région et dans le pays, qui aurait pu m'aider. Et je pourrais entrer en contact avec ces personnes là, mais c'est moi qui fais un peu le bébé et qui arrête les contacts.

E - C'est peut-être fatiguant.

M - Non.

E - Non ?

M - Non, c'est juste que je pensais avoir une deuxième solution, c'était me passer avec V. [compagne] à ce moment là, mais c'est pas abouti, donc, il reste la solution de mes démarches à moi. Il y a aussi M. O. mon ancien patron d'électroménager qui pourrait m'aider aussi à obtenir la carte de séjour, comme vous savez. Il y a d'autres patrons dans le milieu de l'électroménager qui pourraient m'aider aussi à obtenir des lettres. Après j'ai un peu de tout : soignants, travail au marché avec des gens comme ça qui peuvent m'aider, j'ai mon avocat aussi, j'ai un peu de tout. Après c'est un peu tout.. un peu tout mélangé, faut pas que je mélange tout faut que je me focalise sur le dossier médical, maintenant je sais, maintenant je dois me focaliser dans le dossier du travail et le dossier de vis privée et familiale, j'ai regroupé trois type de démarches et je vais...d'ailleurs je vais commencer par scanner les papiers, je vais les scanner un par un, je vais faire un dossier complet, je vais me consacrer à la carte de séjour. Après pouvoir me consacrer à mon travail, mon habitat, ma famille.

E - Et dans les professionnels qui vous accompagnent, là vous dites, « des fois c'est un mélangé », est-ce que vous avez l'impression qu'il y a trop de monde ?

M - Non y a pas trop de monde, y a pas trop de monde, je suis rassuré par le monde qui m'entoure. C'est un plus, même si il y a un peu plus c'est pas grave. C'est toujours quelques chose en plus. En vrai c'est un peu fatiguant mais c'est pas grave, c'est les choses de la vie. Je crois que vous avez oublié d'allumer le... (en pointant l'enregistreur)

E - Là ? (rires)

M - Allez, on recommence.

E - Allez, c'est reparti. Bon, on va peut-être bientôt arrêter hein, vous avez dit plein de choses.

M - Oui.

E - C'était pas trop fatiguant ?

M - Non non pas du tout, après le vélo ça fait du bien de parler. C'est des choses qui sont revenues dans ma tête et qui vont rester enregistrées.

E - Je pourrai vous donner l'entretien quand j'aurais retranscrit. Enfin de toute façon, comme je vous ai dit je vous ferai un retour de ce travail que je suis en train de faire.

M - D'accord. En septembre alors.

E - Oui.

M - Ok.

E - Peut-être une toute dernière question, si tout était possible, de quoi vous auriez besoin pour aller mieux ?

M - De, ce que j'aurais plus besoin, c'est de ma place. Ma place c'est tout, ma place tout seul.

E - Une place pour vous tout seul.

M - Oui oui, pouvoir gérer les choses tout seul, pouvoir être apte à faire mes démarches et vivre tout seul. Vivre seul. Si j'ai besoin d'accompagnement, accompagné mais, voilà.

E - D'accord, et bien merci. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

M - Non, merci.

E - Merci beaucoup.

M - Ce sont de très bonne personnes les personnes qui sont ici, ils ont beaucoup de difficultés mais ils ont le cœur dans la main. Le cœur dans la main ? C'est comme ça qu'on dit ?



E - Le cœur dans la main oui. Ah non le cœur sur la main je crois.

M - Ah oui, je ne sais pas dire les dictons, c'est pas mon truc . Mais c'est vrai que les gens ici ils sont très serviables. Très présents. Je voulais rajouter un truc.

E - Oui.

M - La psychiatrie elle fait partie de moi maintenant, elle fait partie de ma vie, même si c'est, c'est quelque chose de péjoratif, c'est quelque chose qu'on ne peut pas enlever du jour au lendemain, ça fait partie de moi la psychiatrie. Voilà.

E - Bah merci beaucoup. Allez on se voit bientôt.

M – Ok au revoir Elsa

E – Au revoir Marco.

## **Réhabiliter le social :**

### **réflexions autour de la situation de Marco J.**

Mots Clés : Réhabilitation psychosociale, migration, précarité, troubles psychotiques.

#### **Résumé**

Plusieurs travaux scientifiques vont dans le sens d'une corrélation entre migration et troubles psychotiques. Plusieurs facteurs sociaux pouvant expliquer un tel lien ont été mis en évidence, parmi lesquels les antécédents de traumatismes mais aussi le statut de migrant et la discrimination qui en résulte. Ce travail propose de questionner la prise en compte des questions sociales en réhabilitation psychosociale, en partant d'une analyse de la situation de Marco J., dont l'histoire clinique résonne avec son statut de migrant en situation irrégulière. Les questionnements soulevés par sa prise en charge, du point de vue d'une interne en psychiatrie en stage dans un service de réhabilitation psychosociale, sont l'occasion de montrer les limites des pratiques de réhabilitation psychosociale dans les situations sociales dites « en marge ».

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction du Pr C. MASSOUBRE

Année 2019-2020