

Aller vers les jeunes pour renforcer leur santé mentale

Analyse croisée de projets
capitalisés pour s'inspirer

Sommaire

P. 4 ALLER VERS LES JEUNES POUR
RENFORCER LEUR SANTÉ MENTALE

P.6

PARTIE UNE : INTRODUCTION

P.10

PARTIE DEUX : PRÉSENTATION DU
PROJET DE CAPITALISATION ET DES NEUF
CAPITALISATIONS MENÉES

P.17

PARTIE TROIS : ALLER VERS LES
JEUNES EN SANTÉ MENTALE : QUELLES
PRATIQUES, QUELLES MODALITÉS
D'INTERVENTION ?

P. 18 DIFFÉRENTES MODALITÉS POUR ALLER
À LA RENCONTRE DES JEUNES EN SANTÉ
MENTALE

P. 22 UN ALLER-VERS PLURIPROFESSIONNEL

P. 26 DES PROJETS AUX MODALITÉS DE
FINANCEMENT VARIÉES ET AUX ENJEUX DE
PÉRENNISATION PARTAGÉS

P.31

PARTIE QUATRE : ALLER VERS LES JEUNES
EN SANTÉ MENTALE : QUELS ENJEUX,
QUELS ENSEIGNEMENTS ?

P. 32 ACCOMPAGNER DE FAÇON GLOBALE
LES JEUNES, EN TENANT COMPTE DES
DÉTERMINANTS DE LEUR SANTÉ MENTALE

P. 37 TRAVAILLER SA POSTURE, INTÉGRER
LES FAMILLES : UN ALLER-VERS PLUS QUE
PHYSIQUE

P. 40 CONSTRUIRE DES PROJETS BASÉS
SUR DES PARTENARIATS ENTRE DIFFÉRENTS
CHAMPS D'ACTION

P. 45 CO-CONSTRUIRE AVEC LES JEUNES
LEURS PARCOURS (EMPOWERMENT), CO-
CONSTRUIRE AVEC EUX LES PROJETS EN
SANTÉ MENTALE

P. 52 EN GUISE DE CONCLUSION

P.53

PARTIE CINQ : SYNTHÈSE

P.57

PARTIE SIX : BIBLIOGRAPHIE

P.61

ANNEXE 1 : LA DÉMARCHE CAPS

P.65

REMERCIEMENTS

Aller vers les jeunes pour renforcer leur santé mentale

Trouvez votre CAP(S) !



J'ai un projet en cours ou futur d'aller-vers



Je souhaite découvrir le champ de l'aller-vers en santé mentale des jeunes et comment fonctionnent les projets

Je peux

Découvrir les enjeux

Découvrir les acteurs qui portent des projets et le rôle de la Fondation de France

Découvrir des projets concrets, de prévention, d'équipes mobiles ... en lisant les fiches de capitalisation

Tableau de synthèse p.14

Plan de l'analyse croisée

1. Introduction
2. Présentation du projet et des neuf capitalisations
3. Aller vers les jeunes en santé mentale : quelles pratiques, quelles modalités d'intervention ?
4. Aller vers les jeunes en santé mentale : quels enjeux, quels enseignements ?
5. Synthèse



Je peux

Lire toute l'analyse transversale, tout m'intéressera !

Chercher des enseignements sur un sujet précis

Aller directement à la synthèse des questions pour les pros : le memento !!



Je soutiens un ou des projets d'aller vers

Je peux

Découvrir des projets, avec quels partenaires les construire ou comment les financer en lisant les fiches de capitalisation et les enjeux transversaux.

Conclusion sur les enjeux p.52

9 projets 9 fiches de capitalisation



A consulter sur le portail CAPS
www.capitalisationsante.fr

J'ai un projet en cours ou futur d'aller-vers



Enfin, j'ai une idée, mais rien encore de vraiment concret ...

J'ai une équipe déjà constituée, la question c'est : comment aller vers ?

Mon équipe fait déjà de l'aller-vers, comment renforcer cette pratique ?

J'aimerais savoir ...

Sur quels déterminants agir ?

Rdv p.32



Comment trouver la bonne posture pour intervenir auprès des jeunes ?

Rdv p.37

Comment renforcer les partenariats autour de mon projet ?

Rdv p.40



Quelles formes de mobilité ou d'aller-vers sont adaptées ?

Rdv p.18

Comment organiser et soutenir mon équipe ?

Rdv p.26

Comment impliquer les familles ?

Rdv p.39

Avec quels professionnels ?

Rdv p.22

Qui va assurer la coordination ?



Comment mieux favoriser la participation des jeunes ?

Rdv p.45

Comment le projet sera-t-il financé ?

Rdv p.26

Qu'est-ce qui peut favoriser la pérennité du projet ?

Rdv p.27



Découvrir les fiches de capitalisation



Mémento à destination de professionnels qui souhaiteraient mettre en oeuvre des projets : quelles questions se poser ?
Rdv p.54

1

Introduction

LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES

La santé mentale est une composante clé de la santé. Elle est, selon Psycom « une affaire d'équilibre » entre des facteurs protecteurs et ressources pouvant être mobilisées pour se sentir bien, et des obstacles rencontrés au cours de la vie. Elle ne constitue donc pas un « état » figé, mais évolue et varie tout au long de l'existence. La santé mentale ne se restreint pas à l'absence de souffrance ou de troubles psychiques. Il est en effet tout à fait possible d'être en bonne santé mentale tout en étant concerné par un trouble psychique. Il n'existe donc pas de dichotomie entre d'un côté les personnes qui ont des troubles et de l'autre celles qui vont bien, mais une santé mentale holistique et dynamique, qui concerne chacun et chacune d'entre nous. Cette définition positive et globale renvoie ainsi au bien-être, individuel et collectif.

L'adolescence, période charnière de transition entre enfance et âge adulte, croise plusieurs enjeux impactant la santé mentale : changements physiques, construction de l'identité, autonomie, etc. Si la plupart des adolescents et jeunes adultes expriment aller bien, les fluctuations entre bien-être et mal-être sont souvent fréquentes à cette période de la vie. Bien que cela ne concerne qu'une minorité d'entre eux, c'est aussi l'âge où peuvent apparaître des troubles dépressifs, des troubles du comportement alimentaire ou les premiers épisodes de crise psychotique, notamment.

Depuis plusieurs années, la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes est un sujet de préoccupation croissante. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-24 ans (stable autour de 6 % entre 2000 et 2017) a par exemple augmenté de plus de 3 points entre 2017 et 2021 (9,2 %), d'après les résultats du Baromètre santé 2021 (Léon et al., 2024). Le système de surveillance de Santé publique France mis en place pendant le premier confinement lié à la crise du Covid-19 a également montré une augmentation des passages aux urgences pour troubles de l'humeur et crises suicidaires, qui n'ont pas diminué après la fin de la crise sanitaire, restant à des niveaux élevés en 2023.

Les jeunes ne sont toutefois pas égaux face aux déterminants de la santé mentale. Certains adolescents sont particulièrement vulnérables, comme ceux qui se trouvent en situation de handicap, en parcours de migration ou en difficultés socio-économiques. L'étude CONFÉADO (Estevez et al., 2022), qui a exploré les déterminants sociaux associés à la détresse psychologique pendant le confinement, a par exemple mis en lumière que la santé mentale des filles et des adolescents avait été particulièrement impactée, ainsi que celle des familles vulnérables sur le plan socio-économique. Les auteurs rappellent l'importance des facteurs structurels qui influent sur la santé mentale des jeunes et soulignent l'importance de mener des politiques publiques socialement différenciées (Estevez et al., 2022).

Malgré cette augmentation des besoins, les jeunes sont confrontés à de nombreux freins entravant leur accès à une offre d'information en santé mentale, d'accompagnement ou de soins psychologiques et/ou psychiatriques : distance à l'offre, difficultés de mobilité, manque de ressources et de professionnels formés, délais de rendez-vous très importants, etc. Les situations d'isolement à l'adolescence sont nombreuses et mêlent souvent des facteurs géographiques, psychologiques, sociaux, économiques et également culturels. Si cette thématique fait l'objet d'une attention croissante, la stigmatisation dont souffrent encore la santé mentale, ses professionnels et les personnes vivant avec des troubles psychiques reste prégnante. Elle participe de la non-demande d'accompagnement et de soins de la part des jeunes et parfois aussi de leur famille.

SANTÉ MENTALE DES JEUNES : L'AFFAIRE DE TOUTE LA SOCIÉTÉ

Les réponses à ces défis sont multiples et s'étendent de la prévention primaire et du développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge, jusqu'aux premiers secours en santé mentale ou à l'intervention précoce pour les psychoses débutantes, par exemple. Menant des actions d'écoute, de repérage, d'accompagnement, d'orientation et de soins, les acteurs du champ de la santé mentale sont nombreux et agissent à différents niveaux et au sein de plusieurs secteurs :



Figure 1. Panorama non exhaustif d'acteurs de la santé mentale des jeunes

De manière complémentaire et en partenariat avec ces structures, de très nombreux autres acteurs exercent une influence et jouent un rôle clé dans le renforcement de la santé mentale des jeunes. L'approche globale de celle-ci implique en effet la prise en compte d'une multiplicité de déterminants non seulement individuels, mais aussi sociaux et environnementaux. Acteurs socio-économiques, du logement, du monde du travail et de l'école, du sport, de la culture, des services sociaux, de la justice, de l'environnement : tous jouent un rôle dans le renforcement de la santé mentale, de la formulation à la mise en œuvre concrète des politiques et projets. Comme l'exprime A. Caria, directrice de [Psycom](#), la santé mentale est plus largement l'affaire de chacun : « nous pouvons tous et toutes, à notre niveau, de notre point de vue, selon nos compétences, notre rôle, nos responsabilités, notre posture, contribuer à notre propre santé mentale et à celle des autres. Chacun, chacune peut faire sa part, apporter une partie de la solution » (Caria, 2020b).

L'ENGAGEMENT DE LA FONDATION DE FRANCE POUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES

Premier réseau de philanthropie en France, la Fondation de France et son réseau de 888 fondations soutiennent chaque année près de 10 000 projets d'intérêt général. Cinq grands enjeux guident son action : aider les personnes vulnérables, favoriser la recherche et l'éducation, promouvoir la culture et la création, agir pour un environnement durable et développer la philanthropie. Depuis 1993, la Fondation de France soutient des projets en direction des jeunes en souffrance psychique. Elle finance notamment, via des appels à projets renouvelés, des programmes autour de la santé mentale des jeunes répondant à plusieurs objectifs tels que le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques, l'amélioration de l'accès et de l'adhésion aux parcours de soins, le développement du pouvoir d'agir des jeunes, ainsi que les actions de soutien à leur entourage et aux professionnels qui les accompagnent.

Selon E. Lépine, psychologue et bénévole au sein du comité Santé des jeunes de la Fondation de France, « l'aller-vers et l'empowerment constituent de vraies voies d'avenir pour la psychiatrie et le soin en santé mentale ». L'aller-vers consiste à renforcer l'accessibilité des soins et accompagnements en allant à la rencontre des jeunes là où ils sont.

E. Lépine cite notamment l'exemple des équipes mobiles ou des plateformes digitales d'écoute et d'orientation. S'il ne s'agit pas d'une pratique récente, mais d'une démarche se situant au fondement même du travail social (Avenel, 2022), elle a été fortement remise en avant depuis la crise sanitaire et les confinements de 2020 et 2021. Cette approche professionnelle traduit un mouvement en termes de mobilité, mais aussi de posture (Avenel, 2022). Elle est d'abord une démarche éthique visant à agir contre les inégalités sociales de santé en favorisant le rétablissement du pouvoir d'agir des personnes et en limitant les barrières d'accès aux soins et services. Elle se doit aussi d'être attentive à limiter les formes de contrainte implicite que pourraient exercer les professionnels dans un contexte de non-demande de la part des personnes.

Comment les acteurs des projets d'aller-vers en santé mentale des jeunes mettent-ils concrètement en œuvre ces démarches? Selon quelles modalités? Comment appréhendent-ils cette tension et favorisent-ils l'émergence d'une demande d'accompagnement? Quels freins rencontrent-ils et quels leviers mobilisent-ils dans leur action pour favoriser l'adhésion et développer le pouvoir d'agir des jeunes? Comment les projets s'intègrent-ils au sein du large réseau des acteurs de la santé mentale dans les territoires, dans un contexte de difficulté de réponse à l'ensemble des besoins?

CE QU'EN PENSENT LES ACCOMPAGNATRICES

Bien que nous ne soyons pas expertes de la santé mentale des jeunes, nous savions que les principes de la promotion de la santé s'appliquaient à la promotion de la santé mentale.

Tous les acteurs des projets capitalisés agissent en effet sur les déterminants sociaux de la santé mentale et contribuent à lutter contre la stigmatisation, en désamalgamant la santé mentale des troubles mentaux.

Ils mobilisent des approches pertinentes qui mériteraient d'être encore davantage développées : appui sur les facteurs protecteurs et les ressources des personnes et de leur environnement; réhabilitation psychosociale; case management; développement des compétences psychosociales et psychologie positive, notamment.

Les contributeurs aux capitalisations ont souligné l'importance de soutenir la pérennité des projets et de préserver et valoriser les professionnels qui vont vers les jeunes pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en matière de santé mentale. La capitalisation des expériences peut constituer un levier pour cela.

Donner à voir les savoir-faire et manières d'agir de ces acteurs, mais aussi mieux comprendre leurs contextes d'intervention et les opportunités et obstacles auxquels ils sont confrontés peut en effet participer de la reconnaissance nécessaire des professionnels de la santé mentale des jeunes et des actions qu'ils développent.



Evelyne Jean-Gilles, EPS Consulting
Mélanie Villeval, SFSP

2

Présentation du projet de capitalisation et des neuf capitalisations menées

Le projet initié par le comité « Santé mentale des jeunes » de la Fondation de France avait pour objectif de produire de la connaissance expérientielle sur des dispositifs ou projets visant à améliorer la santé mentale des jeunes et qui comportaient une composante mobile ou d'aller-vers, afin de soutenir le déploiement à l'avenir de nouveaux projets développant ce levier d'intervention.

Ce projet a été encadré par un COPIL spécifique, composé de personnalités qualifiées issues du comité d'experts du programme « Santé des jeunes : soutenir les jeunes en souffrance psychique » de la Fondation de France :

- Johanna Brun - Responsable Grande Cause « Santé et Recherche Médicale »
- Marianne Courtet - Chargée de Programmes et Fondations Abrisées

- Emmanuelle Lepine - Psychologue, directrice clinique au sein de cabinets spécialisés dans la prévention des risques psychosociaux
- Nicolas Pastour - Médecin psychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice, Responsable du centre d'accueil psychiatrique de Bastille
- Xavier Vanderplancke - Directeur de la Maison des Adolescents du Rhône

Le projet a été mis en œuvre par la Société Française de Santé Publique, dont l'équipe était composée de :

- Béatrice Georgelin – Chargée de mission CAPS, coordinatrice du projet
- Evelyne Jean-Gilles – Accompagnatrice en capitalisation
- Mélanie Villeval – Accompagnatrice en capitalisation
- Timothée Delescluse – Chef de projets CAPS

PRODUIRE DES SAVOIRS ISSUS DE L'EXPÉRIENCE À TRAVERS UNE DÉMARCHE DE CAPITALISATION



Le projet s'est appuyé sur une démarche de capitalisation des expériences, telle que développée dans le cadre du programme CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé.

Depuis 2016, la Société Française de Santé Publique (SFSP) copilote avec la Fédération Promotion Santé, anciennement Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé, le programme Capitalisation des expériences en promotion de la santé (CAPS).

Avec l'appui d'un groupe de travail national et multipartenarial, associant experts, chercheurs et professionnels de la promotion de la santé, le programme CAPS a contribué à la formalisation d'outils méthodologiques pour déployer et accompagner des démarches de capitalisation (Laurent, Ferron, et al., 2022; Laurent, Soudier, et al., 2022) et l'ouverture du portail des savoirs expérientiels : www.capitalisationsante.fr. Le groupe de travail pilote désormais un dispositif national de diffusion de la capitalisation des expériences, organisé autour de différentes missions : coordination du dispositif, développement d'actions de formation, développement méthodologique, valorisation de la démarche et liens avec recherche.

Davantage d'informations sur la méthodologie des démarches de capitalisation sont disponibles en annexe 1.

Ce projet de capitalisation porté par la Fondation de France s'inscrit de ce fait dans une dynamique de valorisation des savoirs issus de l'expérience dans différents champs de la santé (santé publique, prévention, accompagnement des usagers, etc.).

OBJECTIFS DU PROJET : AIDER AU DÉVELOPPEMENT DE DISPOSITIFS SIMILAIRES ET FAVORISER L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX PROJETS

À l'initiative de la démarche de capitalisation, la Fondation de France a souhaité approfondir la connaissance de projets qu'elle avait contribué à financer en mettant un focus particulier sur une thématique d'intervention centrale : comment mieux aller vers les jeunes, pour réduire différents freins d'accès à une information ou une prise en

charge en santé mentale, permettre de lutter contre certaines inégalités engendrées par ces freins et prévenir les effets délétères pour les jeunes d'un recours à une prise en charge retardée.

De par leur expertise et leur connaissance des projets candidats à l'appel à projets « Santé mentale des jeunes », les membres du COPIL de la Fondation de France identifiaient différents sujets à approfondir dans le cadre d'une démarche de production de connaissances. Il s'agissait notamment de sujets vis-à-vis desquels il était intéressant de décrire les interventions mises en place par les acteurs et en quoi elles permettaient de répondre aux problématiques centrales liées à ces sujets. Y figuraient :

- l'intersectorialité en pratique : comment développer des partenariats entre acteurs de champs différents, par exemple entre professionnels médicaux et sociaux, ou de l'éducation ? Comment travailler ensemble entre secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, etc. ? Quels leviers favorisent cette intersectorialité ?
- l'accompagnement et/ou la prise en charge de publics vulnérables ou très vulnérables : comment inclure ces publics dans les actions ? Quels dispositifs spécifiques ?
- l'accompagnement et/ou la prise en charge de publics en zones isolées : comment lever les freins liés à l'accessibilité ou au manque de mobilité des jeunes ?
- la place des jeunes dans les projets : comment favoriser la participation des jeunes aux projets (notamment, en favorisant le rôle de pairs) ?

Les membres du COPIL ont ainsi souhaité pouvoir à la fois mieux connaître des projets qu'ils avaient accompagnés et constituer un corpus de travaux de capitalisation permettant de :

- faire connaître des interventions présentant des leviers d'action intéressants au regard des enjeux listés ci-dessus, dans la perspective qu'ils puissent être déployés dans d'autres projets et de nouvelles interventions.
- mieux connaître les différentes formes que prennent en pratique les notions de mobilité des équipes ou d'aller-vers.
- mieux identifier ce qu'apportent des interventions menées en équipe mobile ou par une équipe qui propose de l'aller-vers, dans différentes situations, pour certains publics, par rapport à des interventions qui ne le proposent pas.
- mieux connaître la place donnée aux jeunes dans la conception et la mise en œuvre des dispositifs en santé mentale qui leur sont adressés, et identifier des leviers pour renforcer leur participation.

La méthodologie retenue a été de construire un projet de capitalisation qui porte sur un petit nombre d'interventions, afin de produire une connaissance détaillée de chacune d'entre elles.

Il ne s'agit pas d'un travail d'état des lieux exhaustif ni nécessairement représentatif des interventions existantes en 2024 en France, ni d'un travail d'évaluation des interventions capitalisées. Certaines questions, comme par exemple, pouvoir évaluer si les dispositifs d'équipes mobiles permettent de compenser un manque d'offre dans un territoire donné ou si un dispositif d'aller-vers est plus efficace pour prendre en charge telle ou telle population ne trouveront donc pas de réponse dans ce document. La plus-value de ce projet de capitalisation et des documents auxquels il a abouti réside dans la description fine de comment ces projets ont été mis en œuvre.

ÉTAPES DU PROJET

Le projet a consisté à mener la **capitalisation de neuf projets** portant sur la thématique de la santé mentale des jeunes, et d'en tirer **une analyse transversale ou croisée**.

L'ensemble des projets sélectionnés pour faire l'objet d'une capitalisation sont des projets ayant bénéficié d'un financement par la Fondation de France, via l'un de ses appels à projets (voir chapitre précédent) : sept des projets retenus via l'AAP « *Santé des jeunes : soutenir les jeunes en souffrance psychique* » et deux via l'AAP « *Santé mentale des exilés : accompagner les personnes en souffrance psychique* ». Des critères supplémentaires ont été définis par le COPIL pour sélectionner à quels projets serait proposé une démarche de capitalisation, en se concentrant sur des projets mettant en œuvre une ou des actions d'aller-vers en santé mentale. La modalité « équipe mobile » était une des modalités possibles de cet aller-vers. Chacune des neuf démarches de capitalisation a donné lieu à la rédaction d'une fiche de capitalisation décrivant finement plusieurs aspects du projet : le récit de son élaboration, sa mise en œuvre, les freins et leviers rencontrés, les résultats observés.

Le travail d'analyse de ce corpus de neuf fiches de capitalisations a ensuite été mené, afin d'identifier et décrire les différentes modalités d'intervention rencontrées à travers les projets capitalisés, d'identifier les problématiques récurrentes auxquelles étaient confrontés les porteurs de projets et d'ouvrir des pistes de réflexions sur plusieurs enjeux transversaux. Ces enjeux ont été identifiés à partir du corpus des neuf démarches de capitalisation et des expertises croisées des membres du COPIL (sur les questions de santé mentale) et des membres de l'équipe SFSP (en promotion de la santé). Il est restitué dans les chapitres suivants de ce document.

CALENDRIER

Le projet a été lancé en février 2023 et s'est terminé en avril 2024. En voici les principales étapes :

Février 2023 : première réunion du COPIL

La SFSP a été mobilisée en raison de son expertise en matière de capitalisation.

Juin 2023 : sélection des projets qui feront l'objet d'une capitalisation par le COPIL

L'objectif était d'identifier une dizaine de projets d'aller-vers en santé mentale à destination d'un public « jeunes », parmi la base des projets ayant bénéficié durant les cinq dernières années d'un financement de la Fondation de France. Plusieurs critères ont été établis par le COPIL (voir encadré « Zoom sur les critères de constitution du corpus ») afin de procéder à cette sélection. Au total, dix-sept projets ont été initialement identifiés par le COPIL et se sont vu proposer une démarche de capitalisation. Suite à cette proposition, le processus de capitalisation a été lancé pour dix d'entre eux.

De juillet 2023 à février 2024 : réalisation de neuf démarches de capitalisation par deux accompagnatrices en capitalisation de l'équipe SFSP

Sur les dix capitalisations prévues, neuf démarches ont pu être menées jusqu'au bout et donner lieu à la publication d'une fiche de capitalisation dédiée au projet sur le portail CAPS.

Février-Mars 2024 : rédaction d'une analyse transversale

Une analyse des différentes modalités d'intervention et des enjeux récurrents rencontrés par les acteurs a été menée, en mobilisant les savoirs expérientiels issus des fiches de capitalisation et l'expertise des membres du COPIL. L'identification des thèmes abordés dans les chapitres suivants a été faite de façon inductive à partir des neuf démarches de capitalisation, lors de plusieurs temps de travail collectifs de l'équipe SFSP et de temps réunissant COPIL et équipe SFSP.

Avril 2024 : publication des neuf fiches de capitalisation et diffusion du rapport final du projet

Chacune des neuf fiches peut être consultée sur le portail CAPS, à l'adresse suivante : www.capitalisationsante.fr (voir Tableau I. ci-après). Les résultats du travail d'analyse transversale ont été validés en COPIL.

ZOOM SUR LES CRITÈRES DE CONSTITUTION DU CORPUS DES NEUF PROJETS CAPITALISÉS

Afin d'identifier une dizaine de projets pour constituer un corpus d'actions inspirantes et/ou riches d'enseignements, plusieurs critères ont été suivis par le COPIL.

En accord avec la méthodologie CAPS, les projets à capitaliser devaient avoir été mis en œuvre depuis au moins plus d'un an et clos depuis moins de cinq ans, et impliquer une pluralité d'acteurs. Il était essentiel de veiller à ce qu'un ou plusieurs interlocuteur(s) capable(s) de raconter l'histoire du projet et volontaire(s) pour participer à une démarche de capitalisation soi(en)t disponible(s) pour faire le récit du projet.

En accord avec les priorités du COPIL et les enjeux pour la Fondation de France, les projets à capitaliser devaient : relever d'une démarche d'aller-vers ou d'équipe mobile, comporter une forme de collaboration intersectorielle, présenter des enseignements à partager sur des leviers de réussite du projet. Des projets couvrant des territoires ruraux ou s'adressant à un public vulnérable en particulier bénéficiaient d'un intérêt supplémentaire. (...)

(...) Le COPIL a discuté collectivement des projets cochant ces différents critères parmi ceux financés récemment par la Fondation de France, en veillant à retenir une variété de projets en termes d'objectifs et de modalités d'intervention. Cela a conduit le COPIL à identifier quatorze projets issus de l'appel à projets « *Santé des jeunes : soutenir les jeunes en souffrance psychique* », auxquels ont été ajoutés trois projets repérés par la Fondation de France en raison d'un accompagnement en cours via l'appel à projets « *Santé mentale des exilés : accompagner les personnes en souffrance psychique* » (dont les projets CALIPSO et INTERFACE). Il a été proposé à ces dix-sept projets de bénéficier d'une démarche de capitalisation. In fine, pour sept d'entre eux, il n'a pas été engagé de démarche de capitalisation à l'issue de la prise de contact et une démarche engagée n'a pas abouti. Les principales raisons auront été soit un manque de disponibilité d'un ou des porteurs de ces projets dans le calendrier imparti, soit un calendrier de mise en œuvre du projet incompatible avec celui d'une démarche de capitalisation (projet non encore réalisé) ou soit d'une autre démarche de recherche-action en cours en parallèle.

TOUR D'HORIZON DES NEUF PROJETS CAPITALISÉS

Modalités d'aller-vers dans le projet, apports de cet aller-vers au projet et à l'équipe	Projet	Résumé de la capitalisation
<p>Aller-vers de la part de professionnels hospitaliers de la psychiatrie qui réalisent des interventions hors-les-murs en se rendant au sein des établissements.</p> <p>L'adoption d'une posture éducative en éducation pour la santé, accompagnée par l'IREPS Grand Est, favorise la participation des jeunes et l'appropriation des messages.</p>	<p>IDEO</p>	<p>Afin de répondre au manque d'information et à la persistance de la stigmatisation autour de la santé mentale, l'équipe d'IDEO a décidé de franchir les murs de la pédopsychiatrie pour aller à la rencontre des lycéens et des professionnels des structures d'enseignement. Avec pour objectifs d'informer, déstigmatiser, évaluer et orienter, IDEO s'appuie sur des liens de partenariat forts avec les acteurs de différents secteurs. Résultat : le projet touche aujourd'hui la totalité des élèves de 15 ans du département de l'Aube de seconde technologique, générale, professionnelle et CAP. Explorez comment les acteurs d'IDEO ont pu développer et entretenir ce réseau, et la manière dont les différents partenaires ont contribué à faire évoluer le projet. Vous découvrirez également les principaux leviers d'intervention qu'ils mobilisent pour contribuer à l'évolution des croyances sur la santé mentale et les troubles psychiques.</p> <p style="text-align: right;">Lien vers la fiche</p>
<p>L'Aller-vers consiste à aller à la rencontre des jeunes dans leurs environnements de vie : espace public, lieux d'éducation, aller-vers numérique, au domicile, etc.</p> <p>L'intervention s'appuie sur les réseaux partenariaux et les pratiques de mobilité des 2 structures MDA et CJC (CSAPA).</p>	<p>NOMADDO</p>	<p>Au nord de la Loire-Atlantique, deux acteurs, La Maison des Adolescents (MDA) d'une part, et d'autre part le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Châteaubriant et sa Consultation Jeune Consommateur (CJC) portés par l'association les Apsyades, se sont associés pour s'adresser de manière proactive aux jeunes confrontés à des problèmes d'addiction et de mal-être mental, au travers d'une équipe mobile pluridisciplinaire. Cette fiche de capitalisation décrit le pourquoi de cette collaboration inter-structures, ainsi que ses modalités d'intervention et sa valeur ajoutée à la fois pour les porteurs du projet et les bénéficiaires, à savoir : les jeunes, leur entourage et les réseaux de partenaires. Elle aborde également la durabilité du dispositif de coordination NOMADDO, qui permet notamment des Consultations Jeunes Consommateurs Avancées (CJCa) aux côtés des CJC, des actions collectives de prévention, et un soutien à la parentalité et qui bénéficie également d'une image de marque associée à une notoriété grandissante, dépassant les limites de son territoire d'intervention.</p> <p style="text-align: right;">Lien vers la fiche</p>



<p>L'aller-vers se manifeste par le déplacement physique du bureau mobile à l'endroit où le souhaite le jeune (devant chez lui, à proximité de son lycée, etc.), mais aussi par la posture ouverte et flexible adoptée par les professionnels. L'aménagement du véhicule (camping-car) permet la création d'un cadre contenant, même en mobilité.</p> <p>Le bureau mobile ne constitue pas un projet en plus porté par la MDA, mais est une modalité d'action à part entière, pleinement intégrée à la structure.</p>	<p align="center">Bureau Mobile MDA 08</p>	<p>Souhaitant rendre ses services accessibles à l'ensemble des jeunes habitants du territoire, la Maison des Ados des Ardennes a développé un projet de bureau mobile. Depuis 2020, l'équipe sillonne ainsi le département en camping-car pour aller à la rencontre des jeunes, parfois très isolés, au plus près de leurs milieux de vie. L'équipe est fortement engagée dans ce projet qui relève pour elle de la justice sociale. Comment celui-ci a-t-il été construit ? Quels acteurs ont été associés et comment l'équipe mobile contribue-t-elle au développement du réseau partenarial ? Découvrez aussi les stratégies mises en œuvre par les professionnels pour accompagner les adolescents au sein du bureau mobile, en développant leur pouvoir d'agir et en les aidant à refaire lien(s).</p> <p align="center"><u>Lien vers la fiche</u></p>
<p>L'EMP 60 se déplace au sein des structures où les jeunes sont accueillis. Les activités réalisées avec eux ont le plus souvent lieu en dehors de la structure, permettant un temps individuel privilégié avec le jeune, qui permet l'apaisement et le ressourcement.</p>	<p align="center">EMR 60</p>	<p>Certains jeunes accueillis au sein des structures de la protection de l'enfance manifestent une grande souffrance et des comportements qui mettent à mal le travail des équipes éducatives et interrogent leur place au sein des établissements. Leurs évictions répétées renforcent leur difficulté à construire des liens et à se projeter dans l'avenir. Le Pôle éducatif Marcel Callo a mis sur pied une équipe mobile ressource, l'EMR 60, pour prévenir ces situations de rupture en accompagnant individuellement les enfants et adolescents concernés, et en soutenant les professionnels. Quelles approches permettent de construire une alliance avec chaque jeune pour apaiser ces situations ? Comment l'équipe mobile travaille-t-elle avec les éducateurs ? Découvrez les différents leviers mobilisés par l'EMR 60, et comment celle-ci tente de relever au quotidien le défi du partenariat intersectoriel.</p> <p align="center"><u>Lien vers la fiche</u></p>
<p>L'aller-vers en prévention spécialisée est intrinsèque. La posture du psychologue de rue est travaillée pour s'inscrire dans les modalités d'intervention de la prévention spécialisée. En collaboration avec les éducateurs spécialisés, le psychologue de rue est amené à intervenir aussi au sein des environnements de vie des jeunes marginalisés ou en voie de marginalisation (collèges, lycées, missions locales etc.) et chez les partenaires de l'association.</p>	<p align="center">INTERFACE</p>	<p>Dans des quartiers prioritaires de Villeneuve-d'Ascq, dans le département du Nord, les collaborateurs du club de prévention spécialisée AVANCE ont entrepris d'intégrer un psychologue de rue à leur démarche d'aller-vers les jeunes marginalisés, qu'ils rencontrent en rue, à domicile ou sur leur lieu de formation. Cette fiche de capitalisation expose les raisons et les modalités de cette intégration. Elle détaille comment les principes de la prévention spécialisée ont été intégrés à la pratique clinique psychologique, afin de faciliter l'interface entre le travail éducatif et le travail psychologique, dans le but d'améliorer le bien-être des jeunes. Bien que les contributions de la psychologie de rue soient reconnues, la question de la durabilité à long terme d'un tel dispositif pour la prévention spécialisée se pose.</p> <p align="center"><u>Lien vers la fiche</u></p>
<p>L'intervention en rue suppose des pratiques professionnelles spécifiques. Les modalités d'intervention à la rue, comme la déambulation, sont réfléchies pour permettre un accompagnement, dont un accompagnement sur le volet santé mentale. Les équipes disposent aussi d'un camion VROUM (véhicule de rue ouvert aux mineurs), qui offre un lieu sécurisant ou contenant pour réaliser certains accompagnements.</p>	<p align="center">HORS LA RUE</p>	<p>Engagée dans la reconnaissance des droits des jeunes en danger, rencontrés en rue, l'association francilienne Hors la rue est reconnue pour son expertise dans l'accompagnement de ces jeunes, ainsi que pour sa compréhension approfondie des phénomènes de traite des êtres humains. A partir de 2019, Hors la rue a souhaité recentrer ses missions d'aller-vers en rue auprès des mineurs non demandeurs de protection, les plus invisibles et les plus éloignés du droit commun. Dans cette perspective, l'association a manifesté l'intention de développer un projet axé sur la santé, notamment en mettant en place un volet consacré à la santé mentale au sein des interventions en rue. Cette fiche de capitalisation donne à voir les contours d'un projet de santé mentale réalisé dans cette optique et les apports de la psychologie clinique aux côtés du travail éducatif, de l'art thérapie et de médiation en santé. Elle décrit, d'une part, les stratégies déployées pour accompagner les jeunes en rue, et d'autre part, souligne l'importance de l'attention portée aux équipes professionnelles de Hors la rue.</p> <p align="center"><u>Lien vers la fiche</u></p>



<p>La mobilité est une des modalités d'action du CALIPSO : la fréquence et les lieux de rencontre sont choisis par le jeune accompagné. Les accompagnements à domicile ou à l'extérieur sont réalisés à sa demande. Certains jeunes préfèrent rencontrer les professionnels dans les locaux de la structure.</p> <p>L'approche youth-friendly adoptée par les professionnels du service est aussi une manière d'aller-vers les jeunes, permettant une expérience positive avec la psychiatrie.</p>	<p>CALIPSO</p>	<p>Réduire la durée de psychose non traitée est essentiel pour permettre une évolution plus favorable des troubles psychotiques et un possible rétablissement, et limiter le risque de chronicisation. Le CALIPSO suit les jeunes de 16 à 35 ans dès les premiers symptômes psychotiques, en se basant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'intervention précoce (IP). L'IP s'articule autour de la fonction de case manager. Développant une approche « youth friendly », ces professionnels accompagnent de façon globale les jeunes et coordonnent les interventions d'acteurs de multiples secteurs dans leur prise en charge.</p> <p>Pair-aidance, approche tenant compte de la culture, développement du pouvoir d'agir, ou encore formation des partenaires : découvrez comment l'IP s'incarne au sein du CALIPSO, et les nombreux leviers mobilisés par son équipe pluriprofessionnelle.</p> <p style="text-align: right;"><u>Lien vers la fiche</u></p>
<p>L'équipe mobile intervient auprès des partenaires qui connaissent le jeune, le plus souvent dans les établissements scolaires, et de plus en plus souvent sous forme de visite à domicile.</p> <p>Le partenaire qui sollicite la PJSM peut être invité à rejoindre l'équipe mobile dans la démarche d'aller-vers le jeune.</p>	<p>PJSM</p>	<p>La plateforme « Jeunesse & Santé Mentale » est une unité fonctionnelle commune à deux hôpitaux relevant de secteurs de psychiatrie infanto juvénile et de psychiatrie adulte. Elle fonctionne comme un dispositif de coordination et d'intervention destiné, en priorité, aux professionnels intervenant auprès de jeunes souffrant de difficultés psychiques, sur une classe d'âge étendue allant de 12 à 25 ans, et résidant au Nord-Ouest de la Seine-Saint-Denis (93). Cette fiche de capitalisation décrit comment ce dispositif innovant est né du terrain. Elle met en exergue ses défis actuels ; lesquels se mêlent aux enjeux du domaine psychiatrique, notamment ceux relatifs aux approches du soin et de la prévention selon les âges et l'intérêt d'une collaboration intra psychiatrique (enfants, adolescents, adultes) et une collaboration intersectorielle.</p> <p style="text-align: right;"><u>Lien vers la fiche</u></p>
<p>L'équipe mobile intervient sur le lieu de vie des jeunes, dans le lieu de leur choix . Elle intervient aussi auprès des jeunes déjà hospitalisés pour apporter son expertise sur cette tranche d'âge.</p> <p>L'aller-vers est la modalité d'intervention principale de ce dispositif, et est articulée aux autres dispositifs hospitaliers et ambulatoires, dont le dispositif d'accueil et de crise (DAC), ce qui facilite la lisibilité et l'accessibilité aux soins.</p>	<p>EM LILLE</p>	<p>L'Etablissement public de santé mentale de Lille-Métropole a accompagné son virage ambulatoire par la création de plusieurs équipes mobiles. L'EPSM en compte une trentaine. Dans son parcours de création d'une filière spécifique pour la tranche d'âge des 16-25 ans, l'EPSM Lille-Métropole a spontanément constitué une nouvelle équipe mobile, dédiée à ce public particulier, pour les secteurs de psychiatrie du territoire de Tourcoing-Vallée-de-la-Lys.</p> <p>Cette fiche de capitalisation décrit la création et le rôle primordial d'une équipe mobile modélisée spécifiquement pour les jeunes, avec des interventions d'aller-vers et des actions de prévention et de soins dans la cité et à l'hôpital, auprès de nouveaux publics ou d'usagers des services psychiatriques.</p> <p>Elle explique comment cette équipe est devenue indispensable de par son positionnement, dans un contexte difficile de pénurie de personnel hospitalier.</p> <p style="text-align: right;"><u>Lien vers la fiche</u></p>



Tableau I. Principales caractéristiques des neuf projets capitalisés et résumés des capitalisations

3

Aller vers les jeunes en santé mentale : quelles pratiques, quelles modalités d'intervention ?

3.1 Différentes modalités pour aller à la rencontre des jeunes en santé mentale

Les neuf actions capitalisées ont pour point commun l'objectif de promouvoir, protéger ou rétablir la santé mentale des adolescents ou jeunes adultes **en allant à leur rencontre**. Ainsi, les professionnels **sortent physiquement des structures pour investir leurs milieux de vie et d'activités**. Plusieurs projets concernent des équipes mobiles pluriprofessionnelles qui vont à la rencontre des personnes dans l'espace public, à leur domicile ou dans les structures de protection de l'enfance. Celles-ci travaillent le plus souvent **en contexte de non-demande d'accompagnement ou de soins** de la part des jeunes. Le tableau ci-dessous montre que dans la plupart des projets, la demande initiale d'intervention n'émane en effet pas du jeune lui-même.

La prise de contact initiale émane-t-elle des jeunes ?	Jamais	Parfois	Le plus souvent
IDEO			
NOMADDO			
BUREAU MOBILE MDA 08			
EMR 60			
INTERFACE			
HORS LA RUE			
CALIPSO			
PJSM			
EM LILLE			

Tableau II. La prise de contact initiale émane-t-elle des jeunes ?

INTERVENIR EN CONTEXTE DE NON-DEMANDE

La question de la non-demande est inhérente à l'accompagnement des adolescents. Pour ceux d'entre eux qui sont les plus en difficulté, la demande d'aide est encore plus compliquée à élaborer et à exprimer, et de plus, ils ne savent pas toujours à qui ils pourraient l'adresser. Aller au-devant de celle-ci est dès lors une « posture éthique et clinique » partagée par les équipes mobiles (Tordjman & Keromnes, 2019). En tissant progressivement un lien (voir chapitre 4-2 « Travailler sa posture, intégrer les familles : un aller-vers plus que physique »), elles amènent les jeunes à investir l'accompagnement proposé, puis si besoin les soins et les dispositifs de droit commun. La mobilité psychique conduisant à la formulation d'une demande et à l'investissement de l'accompagnement peut en outre être facilitée par la mise en mouvement physique offerte par certaines modalités d'aller-vers (déambulation dans la rue ou en pleine nature, activité physique au sein d'un club sportif, etc.). Le fait de changer de lieu de rendez-vous au fil de l'accompagnement au gré des souhaits exprimés par les jeunes y participe également. Cette mobilité favorise en effet l'émergence de représentations multiples et la possibilité de faire apparaître d'autres facettes de soi, évitant la fixation sur une identité unique et figée (celle d'un jeune agressif ou malade, par exemple (Tordjman, 2022)).

Dans d'autres situations, il existe bien une demande d'accompagnement, mais les jeunes ne souhaitent pas ou ne peuvent pas venir jusque dans les locaux d'un service, parce qu'ils sont **trop isolés géographiquement ou socialement**, ou du fait de leurs troubles psychiques (voir les fiches de capitalisation du CALIPSO ou du bureau mobile de la MDA 08 par exemple). La mobilité est alors une modalité supplémentaire d'intervention **pour rendre accessibles à tous** les prises en charge proposées. Le tableau III. et la figure 2. suivants synthétisent les lieux dans lesquels les équipes vont à la rencontre des jeunes et les différentes modalités d'aller-vers mobilisées au fil des accompagnements.

Où les acteurs des projets rencontrent-ils les jeunes ?	Dans la rue, l'espace public	Au sein d'un véhicule aménagé	Au domicile, ou autre lieu de vie	Dans les locaux de la structure porteuse du projet	Dans les établissements scolaires	Au sein d'autres structures partenaires (services hospitaliers, missions locales, associations, etc.)	Dans des lieux d'activité, de loisirs (piscine, café, etc.)	Sur les réseaux sociaux
IDEO								
NOMADDO								
BUREAU MOBILE MDA 08								
EMR 60								
INTERFACE								
HORS LA RUE								
CALIPSO								
PJSM								
EM LILLE								

Tableau III. Où les acteurs des projets peuvent-ils rencontrer/ accompagner les jeunes au cours du suivi ?



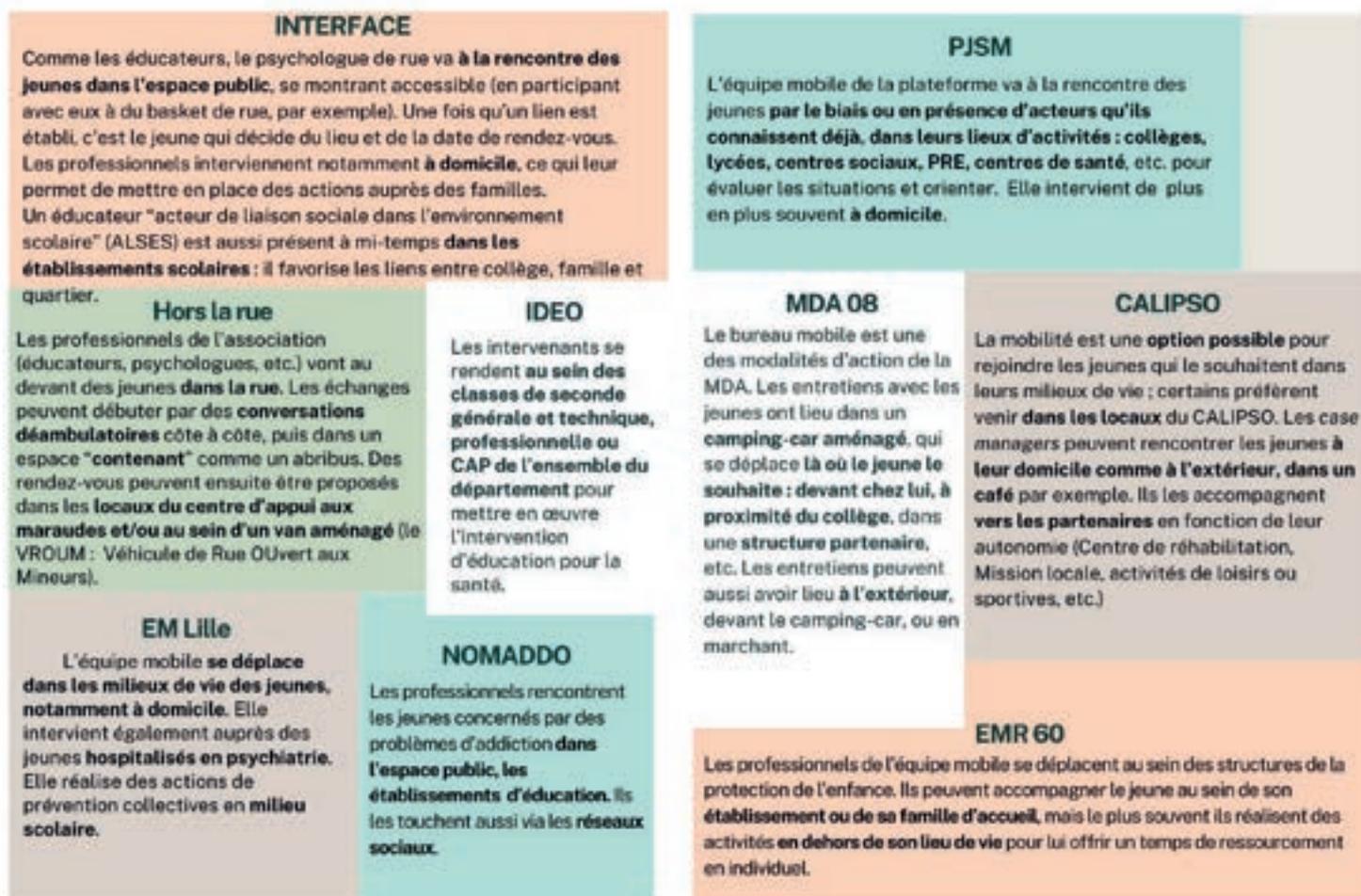


Figure 2 - Modalités d'aller-vers développées dans les actions capitalisées

L'INTÉRÊT DES INTERVENTIONS AU DOMICILE DES JEUNES

À travers cette synthèse, on observe que la majorité des actions capitalisées proposent une **modalité d'accompagnement à domicile**. Intervenir chez les adolescents permet notamment aux professionnels de mieux appréhender leur contexte de vie, de rejoindre certains jeunes reclus chez eux, et de rencontrer leur entourage, voire proposer des actions à destination de leur famille.

L'INTERVENTION À DOMICILE : UN ALLER-VERS SPÉCIFIQUE

L'intervention à domicile implique une rencontre entre professionnels et adolescents dans un **espace intime et privé**, très différent de celui d'un bureau au sein d'une structure. Pour les équipes, cette modalité nécessite de recréer un cadre de travail, alors même qu'elles sont souvent **interpelées de façon plus personnelle** : pas de port de blouse, frontières entre professions plus floues et entretiens sont souvent plus longs, etc. (Guedj & Gallois, 2006).

Selon É. Loutit, psychologue clinicienne intervenant à domicile auprès de jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse, l'intervention à domicile entraîne des **reconfigurations constantes** du « *cadre interne de travail* » (Loutit, 2012). Il s'agit en effet de s'adapter et de prendre en compte une organisation de l'espace, des interférences et interruptions d'interlocuteurs que l'on ne maîtrise pas. Si cela implique l'établissement d'une juste distance, les professionnels rencontrés s'accordent sur la richesse et l'intérêt des entretiens menés à domicile pour la prise en charge : (...)

(...) Comme l'exprime Alain Merenda, psychologue au sein de l'Équipe mobile Santé Mentale Intersectorielle 16-25 ans Tourcoing-Vallée de la Lys (EM Lille) : « *Intervenir au domicile apporte une autre dynamique, car nous sommes chez eux, pas chez nous. Lorsque nous arrivons et découvrons le petit ami, un ami proche ou une connaissance, nous adaptons l'entretien en conséquence. Cela devient souvent très enrichissant, car la famille détient une expertise véritable du patient, bien supérieure à la nôtre. Cela a conduit à une réévaluation complète de certaines prises en charge. Par exemple, je pense à ces jeunes qui étaient suivis ailleurs pour des symptômes psychotiques avec un traitement, mais en rencontrant la famille, nous avons découvert des informations cruciales non partagées en raison de la barrière linguistique. La famille ne parlait pas français. Travailler avec un interprète à domicile, un aspect négligé jusque-là, a révélé que la dissociation chez ce jeune était plus traumatique que psychotique, en lien avec le discours familial. »*

[Pour aller plus loin, voir le projet EM Lille](#)

UNE LOGISTIQUE À ANTICIPER

Au cours des capitalisations, les acteurs ont mis en avant certaines questions logistiques importantes à leurs yeux lorsque l'on souhaite mettre en place un projet d'aller-vers. La première a trait à la nécessité de **s'adapter aux disponibilités des jeunes et à la moins grande maîtrise du temps inhérente à la pratique même de l'aller-vers**. Prendre cela en compte dans l'organisation des équipes évite que la charge n'en repose uniquement sur l'engagement des professionnels (prévoir des plages d'intervention larges, rattrapage des heures, etc.). **Le temps nécessaire à l'organisation et la planification** des interventions (rassembler les rendez-vous dans un secteur proche au cours d'une même journée ou planifier les actions collectives de prévention sur l'année par exemple) est aussi non négligeable. Les équipes soulignent à ce titre l'importance de compter **des professionnels coordinateurs et/ou des secrétaires** au sein du collectif.

Les véhicules aménagés type van ou camping-car nécessitent des choix quant à la gestion de leur entretien et une grande communication entre membres de l'équipe, mais peuvent aussi être vecteurs de cohésion entre professionnels (voir encart p.44). Enfin, plusieurs acteurs des projets ont souligné l'importance de bénéficier de téléphones mais aussi de comptes professionnels sur les réseaux (type *Messenger* ou *Instagram*), afin de pouvoir communiquer avec les jeunes entre deux rendez-vous ou pour faciliter un premier contact.

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

L'équipe travaillera-t-elle à partir de la demande des jeunes ou en situation de « non-demande » ?

Quels sont les habitudes et les lieux de vie et d'activité des jeunes que l'on souhaite accompagner ? Dans quels espaces et à quels moments les professionnels iront-ils à leur rencontre ?

Si les contacts ont lieu dans l'espace public, des modalités seront-elles prévues pour poursuivre les entretiens dans un lieu calme, contenant (salle dédiée au sein d'une structure, véhicule aménagé, ou même mobilier public (abribus par exemple)) ?

Le recrutement de professionnels expérimentés et/ou des formations concernant les spécificités de l'intervention à domicile et/ou en rue sont-ils prévus ?

Quelles modalités sont envisagées pour rejoindre les jeunes les plus isolés (socialement, géographiquement, réclusion à domicile, etc.) ?

Si un véhicule (van ou camping-car aménagé) est prévu dans le projet, qui se chargera de l'entretien (gestion partagée en équipe ou personne responsable) ?

3.2 Un aller-vers pluriprofessionnel

DES ÉQUIPES MÊLANT ÉDUCATIF ET SOIN

L'ensemble des projets capitalisés sont mis en œuvre par des **équipes pluriprofessionnelles**. La majorité d'entre elles **associent des psychologues et des éducateurs ou assistants sociaux**. Certaines intègrent également des infirmiers, des psychiatres, ou encore d'autres acteurs comme une pair-aidante, une médiatrice en santé, des art-thérapeutes ou des infirmiers *case managers* (voir chapitre 4.1). Certains dispositifs bénéficient d'un ou une coordinatrice et/ou d'une secrétaire, souvent à temps partiel. Le tableau ci-dessous détaille les différents métiers qui composent les équipes des neuf projets capitalisés.

Quels professionnels composent les équipes ?	Psychologue	Infirmier	Éducateur spécialisé	Psychiatre	Assistant social	Coordonnateur	Secrétaire	Autres professionnels
IDEO								Aide-soignante
NOMADDO								
BUREAU MOBILE MDA 08								
EMR 60								Éducateur sportif
INTERFACE	Psychologue de rue							
HORS LA RUE								Éducateur sportif, art-thérapeutes, médiatrice en santé, chargés de mission traite des êtres humains
CALIPSO	Neuro-psychologue	Infirmiers <i>case managers</i> et infirmière de pratique avancée						Pair-aidante
PJSM								Le professionnel solliciteur de l'intervention
EM LILLE								

Tableau IV. Quels professionnels composent les équipes ?

UN FONCTIONNEMENT EN BINÔME

Parmi les pratiques interprofessionnelles observées au cours de la capitalisation, on peut souligner l'**intervention auprès des jeunes en binôme pluridisciplinaire**, une des caractéristiques des équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Tordjman, 2022).

Les professionnels mènent les interventions auprès des jeunes :	Toujours seuls	Parfois seuls et parfois en binôme	Toujours en binôme
IDEO			
NOMADDO			
BUREAU MOBILE MDA 08			
EMR 60			
INTERFACE			
HORS LA RUE			
CALIPSO			
PJSM			
EM LILLE			

Tableau V. Mode d'intervention des professionnels auprès des jeunes

Cette modalité répond à plusieurs objectifs :

- enrichir la lecture des difficultés rencontrées par les personnes et les propositions d'accompagnement par le **croisement de regards différents**. L'apport des grilles de lecture psycho-éducatives, notamment, est mis en avant par les professionnels. Le projet INTERFACE, par exemple, a permis l'intégration d'un psychologue de rue au sein de l'équipe d'éducateurs. Comme l'explique la chargée de mission S. Draibina : « *Les regards peuvent se confronter dans l'immédiateté, mais se respectent dans leurs singularités* » (Achiba et al., 2023) ;
- **aller-vers de manière moins « confrontante »** pour les jeunes. Selon le pédopsychiatre H. Paris (Paris, 2012), il peut être plus facile pour un adolescent de s'exprimer face à deux adultes plutôt qu'en tête à tête. Cette analyse peut faire débat, l'argument inverse pouvant être également défendu, à savoir que le déséquilibre des forces en présence peut inhiber la parole du jeune ;
- permettre aux intervenants de prendre davantage **le temps de l'analyse et d'éviter la tentation de la « réponse immédiate »** : « l'écoute de chacun se réfère à celle de l'autre, effet de tiercéité qui empêche de répondre trop vite et donc permet de différer » (Paris, 2012) ;
- accueillir au mieux et écouter également ceux qui accompagnent le jeune le cas échéant (parent ou ami) ;
- assurer la **sécurité** des intervenants lorsque les entretiens sont menés dans des endroits isolés ;
- donner la possibilité de « **passer le relais** » à sa ou son collègue lorsque la relation inter-individuelle est surinvestie par le jeune (voir la fiche EMR 60) ou, comme l'exprime une des accueillantes du Bureau mobile MDA 08, lorsque « *des contretransferts avec certains jeunes* » se produisent par exemple.

Le travail en binôme est également intéressant pour l'animation de séances collectives de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique ou encore de groupes de parole, menés dans la plupart des projets capitalisés. L'animation en duo permet de rester attentif aux réactions de chaque membre du groupe. L'un des intervenants peut s'isoler avec un participant si besoin, comme en témoigne P. Deniaud, infirmier coordonnateur du projet IDEO : « *Il faut vraiment être deux pour regarder exactement ce qu'il se passe dans la salle et savoir lever le pied, ralentir, être capable de parler à un élève seul à seul pour faire descendre la tension* ». Les rôles peuvent aussi être distribués entre les deux animateurs, en fonction notamment de leur appartenance professionnelle (psychologue et pair-aidante pour l'animation d'un groupe de parole dans le projet CALIPSO par exemple) ou de leur personnalité (l'un apportant une dynamique plus douce tandis que l'autre sera plus direct et prompt à rappeler le cadre – voir IDEO).

Si les binômes sont souvent formés de manière à mixer des métiers complémentaires (psychologue/éducatrice ou infirmière/assistante sociale par exemple), certains porteurs de projet indiquent prendre en compte davantage **la capacité à aller-vers et à communiquer auprès des jeunes que l'appartenance professionnelle**.

LE TRAVAIL EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DANS LES PROJETS D'ALLER-VERS : QUELQUES POINTS SAILLANTS

Plusieurs implications et réflexions autour de la pratique d'aller-vers en équipe pluriprofessionnelle ressortent des neuf capitalisations :

1. Le caractère pluridisciplinaire des équipes favorise « une créativité dans les modes de relation et d'intervention envers l'adolescent et sa famille » (Gernet & Gosse, 2015). Les demandes de suivi sont le plus souvent évaluées en équipe, ainsi que certaines situations complexes. Les **cultures et compétences professionnelles des membres de l'équipe se complètent** et permettent de proposer un accompagnement pluridisciplinaire aux jeunes. Travailler ensemble produit également des **apprentissages réciproques et des formes d'hybridation de certaines pratiques**, conduisant les professionnels à explorer des modalités d'intervention ou de travail inhabituelles pour eux, comme dans le cas de la PJSM qui accepte désormais d'intervenir à domicile dans certains cas. On peut citer également l'exemple de Hors la rue : la psychologue a engagé une démarche en faveur de la santé mentale de l'équipe, notamment en encourageant les éducateurs de rue à adopter de nouvelles approches pour établir des liens avec les jeunes, basées sur des apports théoriques en psychologie.

2. Associer des profils variés (métiers, personnalités, univers...) au sein des équipes est une manière de proposer à l'adolescent différentes « surfaces de projection » (Maccotta et al., 2023) auxquelles il pourra s'identifier en partie. Un chef de service nous a ainsi confié son intérêt d'avoir recruté un éducateur sportif également boxeur et arborant de nombreux tatouages. Selon lui, une image différente de celle habituellement attachée aux professionnels peut faciliter le contact et susciter un premier réflexe de curiosité plutôt que d'opposition chez les jeunes.

Les professionnels pairs-aidants ou ayant vécu des expériences communes avec les personnes accompagnées ont également une place importante au sein des équipes à ce titre, par la possibilité de projection qu'ils offrent aux jeunes, mais aussi en apportant des angles de vue complémentaires à leurs collègues (voir CALIPSO et INTERFACE).

3. Travailler en binôme peut faciliter la recherche d'une juste distance avec les adolescents. Certaines équipes rencontrées sont très attentives à ce que le lien se crée **entre le jeune et l'équipe entière, et pas seulement avec un professionnel en particulier**. L'équipe mobile ressource EMR 60 par exemple, rencontre toujours les jeunes en équipe complète la première fois. Le but est d'éviter les phénomènes de transfert sur un seul de ses membres. Toutefois, à l'inverse de certains auteurs prônant les changements de binôme au cours du suivi par l'équipe mobile afin de faciliter la mobilisation des représentations, éviter le transfert sur un professionnel unique et faciliter le passage de relais (Tordjman & Keromnes, 2019), les acteurs rencontrés favorisent plutôt la continuité d'un accompagnement par **les mêmes professionnels tout au long du suivi**. La stabilité des binômes et l'interconnaissance entre les professionnels qui le composent sont en effet considérées comme un levier pour accompagner les jeunes de manière coordonnée (voir par exemple MDA 08).

4. La mobilité et le travail hors les murs peuvent contribuer à renforcer les liens et la cohésion d'équipe. Travailler en dehors d'une structure et d'un bureau entraîne une diminution du contrôle de la part des professionnels qui doivent s'adapter à des environnements instables (voir par exemple Hors la rue et INTERFACE). **La solidarité et l'entraide** entre professionnels sont dès lors essentielles (cf. encadré ci-contre).

5. Le choix de se présenter ou non aux personnes sous sa casquette « métier » est discuté dans les équipes. Par exemple, bien qu'elles répondent toujours lorsque les personnes leur demandent quel est leur métier, les professionnelles de la MDA 08 se présentent d'abord

LA GESTION PARTAGÉE D'UN CAMPING-CAR COMME LEVIER DE LA COHÉSION D'ÉQUIPE

La MDA 08 a fait le choix d'une gestion partagée de son véhicule aménagé (carburant, entretien), ce qui demande une grande capacité de **communication** entre les membres de l'équipe. Les interventions en camping-car donnent aussi lieu à des « **aventures** » **vécues ensemble** (conduire le camping-car lorsqu'il y a du verglas, se retrouver coincé dans une ruelle étroite...) qui nécessitent une **solidarité entre professionnels et contribuent à souder l'équipe**. (...)

comme accueillantes. De même, si l'équipe d'INTERFACE a choisi la « transparence » vis-à-vis des jeunes et décidé que sa qualité de psychologue ne devait pas être taboue, le psychologue de rue se présente d'abord comme « *Ismaël* », **mettant en avant son humanité avant sa fonction**. Pour d'autres équipes, formuler et expliquer son métier est considéré comme essentiel pour que les personnes se saisissent de l'accompagnement proposé (comme pour les *case managers* et la pair-aidante de CALIPSO par exemple). Pour les professionnels d'IDEO, expliquer que certains intervenants sont psychologues et permettre aux lycéens de passer un moment convivial à leurs côtés le temps de l'intervention participe de la « désacralisation » de ce métier.

(...) Les temps de déplacement en binôme pluriprofessionnel sont en outre précieux car ils permettent de **prendre le temps d'analyser les situations** en confrontant les grilles de lecture de chacun. Ils constituent aussi des **moments privilégiés pour les échanges informels** qui sont également essentiels à la cohésion d'équipe.

Pour aller plus loin, voir le projet : [MDA 08](#)

6. Les liens positifs entretenus au sein du binôme et de l'équipe pluriprofessionnelle peuvent avoir fonction de modèle. Au cours de l'accompagnement, les personnes sont témoins des interactions et modes relationnels entre les membres du binôme. Bien qu'ils soient attentifs à ne pas se contredire devant les jeunes, ils peuvent exprimer des idées, relances, manières d'aborder les sujets et propositions différentes. Comme le souligne S. Tordjman, **constater que cela est constructif et n'entrave pas la bonne relation au sein du binôme est très utile** : « le fait de créer du lien entre des équipes, institutions ou professionnels différents, dans le respect des spécificités de chacun avec des fonctions bien différenciées, en montrant que l'on peut s'articuler tout en restant différent, offre un modèle de représentation des liens et de la différenciation qui entre en résonance avec la pathologie du jeune. Et là, on est d'ores et déjà dans un dispositif thérapeutique, un dispositif d'élaboration, de construction et de tissage des liens pour le jeune » (Tordjman, 2022).

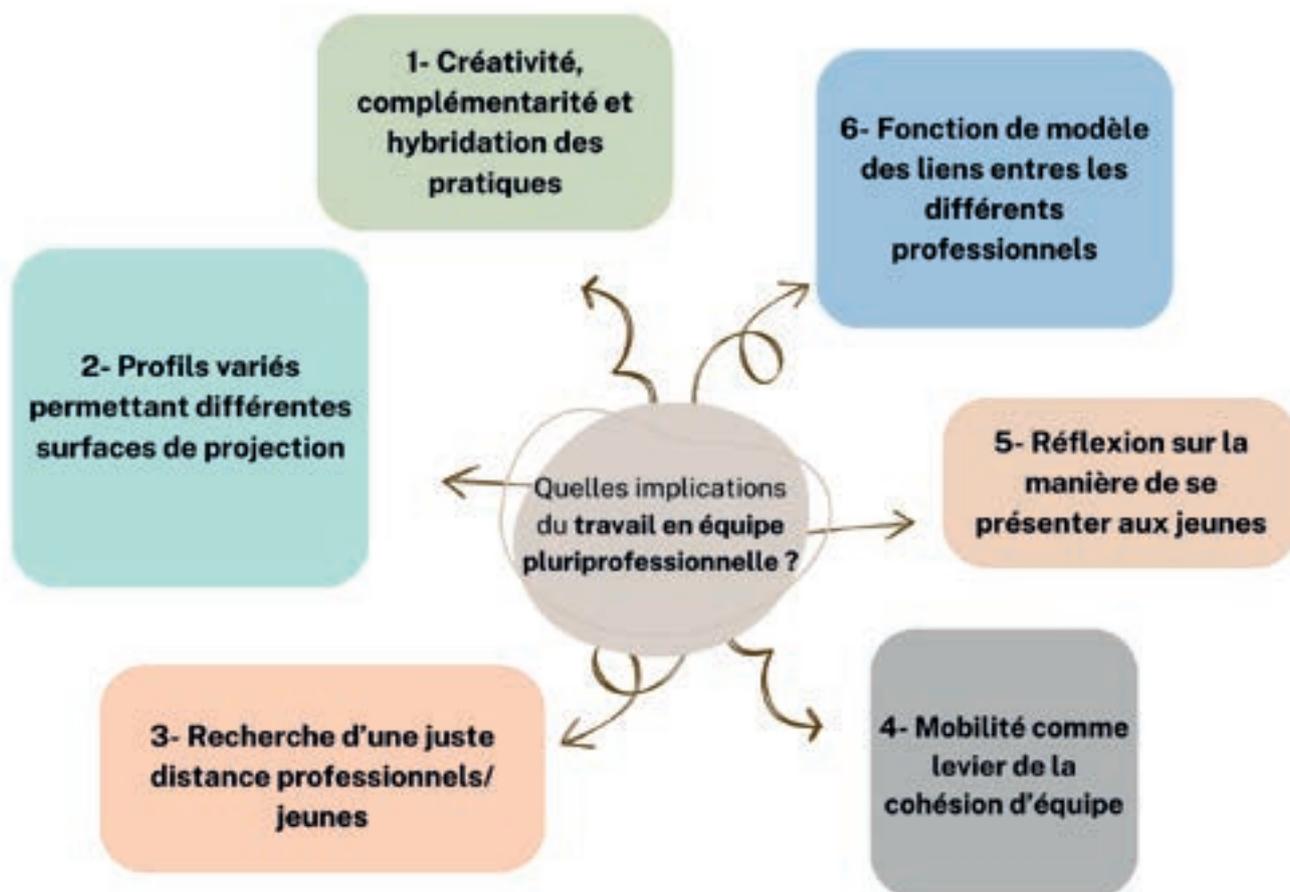


Figure 3- Implications du travail en équipe pluriprofessionnelle

PRENDRE SOIN DES ÉQUIPES QUI « VONT VERS » LES JEUNES

Quel que soit leur contexte d'action, les professionnels rencontrés soulignent l'ampleur de l'**engagement** nécessaire pour travailler au sein d'un dispositif d'aller-vers. Cette pratique demande en effet de se déplacer (physiquement et en matière de posture), d'être très flexible, de s'adapter à différents événements peu anticipables et d'être moins maître de ses horaires pour s'adapter aux disponibilités des jeunes. Les membres des équipes **partagent tous des valeurs** telles que l'ouverture et la volonté d'agir contre les inégalités sociales et de changer le regard sur les jeunes en difficulté ou les troubles psychiques. Plusieurs professionnels ont souligné l'importance du collectif, et d'être soudés et bienveillants les uns envers les autres. Beaucoup témoignent toutefois d'un important turn-over au sein des équipes, souvent attribué à un **effet d'usure**. Les phénomènes d'épuisement professionnel peuvent notamment être liés à la **violence des situations vécues par les jeunes, à leur refus des solutions proposées, au stress lié à l'atteinte des objectifs fixés, à la surcharge de travail et aux difficultés de recrutement ou encore au manque de soutien institutionnel**.

Les professionnels des équipes qui connaissent peu de mouvements et se considèrent satisfaits de leurs conditions de travail soulignent l'importance de **suivre un nombre limité de personnes leur permettant d'offrir un accompagnement de qualité à chacun, de bénéficier de temps d'échange en équipe et avec les partenaires et professionnels pairs, et de pouvoir prendre du recul sur leur pratique**.

Parmi les leviers mobilisés par les porteurs de projets et/ou les structures pour limiter les phénomènes d'usure et favoriser la qualité de vie au travail, on peut citer :

- des démarches formalisées de **prévention des risques psychosociaux** (Hors la rue) ;
- la mise en place de **temps d'analyse de pratiques ou supervisions** (EM Lille, EMR 60, INTERFACE, NOMADDO, PJSM) ;
- l'alternance entre intervention à l'extérieur et au sein des structures (MDA 08, Hors la rue, CALIPSO, NOMADDO) ;
- la **formation continue**, citée dans la plupart des projets. Bénéficiaire de nombreuses formations semble en effet essentiel pour « prendre soin de l'équipe mobile » en maintenant une dynamique et en apportant des compléments théoriques et d'autres manières de penser les pratiques (Tordjman, 2022).

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

Quelles disciplines seront associées au sein de l'équipe ? Dans quel objectif ?

Les interventions auprès des jeunes seront-elles systématiquement réalisées en binôme ? Comment celui-ci sera-t-il composé ? Sera-t-il fixe ou évoluera-t-il au cours de l'accompagnement ?

Les professionnels consacreront-ils la totalité de leur temps de travail à l'équipe mobile/au travail à l'extérieur ou interviendront-ils également au sein de la structure ?

Les professionnels se présenteront-ils sous leur casquette « métier » auprès des jeunes ou de manière générique (« accueillant » ou uniquement par leur nom par exemple) ?

Quels dispositifs sont prévus pour éviter l'usure et l'épuisement professionnels ?

3.3 Des projets aux modalités de financement variées et aux enjeux de pérennisation partagés

PRINCIPAUX FINANCEURS DES PROJETS

Si les interventions capitalisées sont très variées dans leurs formes et mises en œuvre dans des contextes différents, leurs sources de financement sont souvent similaires. La figure suivante recense les principaux financeurs de ces projets.

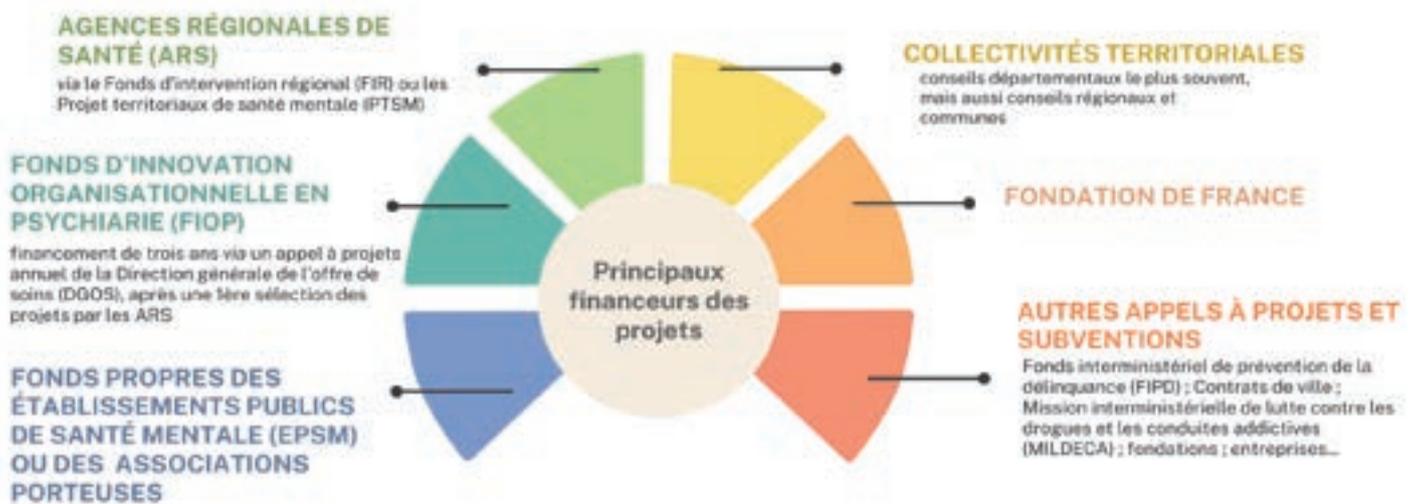


Figure 4 - Principaux financeurs des projets capitalisés

LE RÔLE DU FINANCEMENT DE LA FONDATION DE FRANCE

La Fondation de France a soutenu les projets capitalisés entre 2016 et 2022, dans le cadre de différents appels à projets. Son financement a souvent été saisi comme une opportunité déterminante pour la réalisation des projets et est intervenu à des phases différentes de leur développement. Suivant les cas, il a permis de :

- **lancer la mise en œuvre** d'un nouveau projet (NOMADDO, EMR 60, MDA 08) ;
- **développer un volet spécifique** au sein d'un projet existant (volet « santé mentale » dans INTERFACE ou Hors la rue ; accompagnement des jeunes migrants dans CALIPSO). Cette aide au développement s'est notamment traduite par le recrutement de nouveaux profils professionnels au sein des équipes (psychologue de rue dans INTERFACE ou éducateur au sein de l'EM Lille, notamment) ;
- **déployer plus largement** une action déjà initiée (IDEO, PJSM).

Les montants alloués par la fondation de France se sont élevés entre 40 000 et 150 000 euros, versés en une à trois années. Les neuf projets représentent des coûts annuels variant de 50 000 euros (correspondant à un professionnel à temps plein) à 465 000 euros (équipe pluridisciplinaire d'environ huit équivalents temps plein).

LA PÉRENNITÉ FINANCIÈRE DES PROJETS : UN ENJEU PARTAGÉ

Malgré les effets positifs des projets et leur reconnaissance par les partenaires, la pérennité du financement de la majorité d'entre eux n'est à ce jour pas assurée. Les porteurs de projet ont souvent une visibilité financière à une ou deux années seulement. Cela peut leur donner un sentiment de « *frustration* » et une inquiétude quant au maintien des postes. Beaucoup soulignent le temps et l'énergie nécessaires à la recherche de financements, évoquant parfois un véritable « *combat* ». Plusieurs d'entre eux expriment regretter d'avoir « *manqué de vision budgétaire* ». Les besoins en fonctionnement, en particulier, semblent parfois plus difficiles à anticiper et à financer que les investissements, plus ponctuels (achat et équipement d'un véhicule comme le camping-car de la MDA 08 par exemple). De plus, si les appels à projets ou subventions permettent de supporter les coûts de masse salariale, peu est consacré aux accompagnements eux-mêmes. Certains professionnels doivent ainsi « *bricoler* » pour la mise en place d'activités à destination des jeunes adaptées à leur besoin mais à moindre coût.

Lorsque l'on interroge les porteurs de projet de façon générale sur les conseils qu'ils souhaitent transmettre à d'autres futurs porteurs, beaucoup **évoquent spontanément la question du financement**. Ils font part de différents leviers pour favoriser la pérennité financière des projets :

1. **Anticiper le plus précocement possible** les sources de financement qui pourront être sollicitées une fois l'expérimentation ou la phase initiale du projet terminée.
2. **Ne pas « surdimensionner » son projet**, notamment en termes de professionnels recrutés. Au-delà de l'analyse des besoins, comme l'exprime le Pr Clément Dondé, responsable du CALISPO : « *il faut vraiment prendre avec détail la température du contexte. C'est-à-dire ce qui existe autour [...] et combien de moyens on peut avoir, aussi. C'est très important, parce que l'offre de soins va être façonnée à ce niveau-là* ».
3. Développer des **pratiques innovantes et originales, et/ou soutenues par des recherches** (véhicule aménagé comme à la MDA 08; recrutement d'art-thérapeutes au sein d'Hors la rue ou de *case managers* dans CALISPO, par exemple). Cela permet de donner une meilleure visibilité au projet et de pouvoir répondre plus facilement à des appels à projets.
4. S'inscrire dans les **réseaux et instances partenariales locales et participer aux événements fédérateurs** sur le territoire. Certains porteurs ont insisté sur l'importance de communiquer souvent sur son projet, de manière formelle mais aussi dans les échanges informels que permettent ces temps de rassemblement (voir par exemple EMR 60 et IDEO).
5. **Solliciter des financeurs de domaines variés** : le coordonnateur d'IDEO a par exemple obtenu des financements de la part d'entreprises privées. Dans la mesure où leurs activités n'entrent pas en contradiction avec les principes et l'éthique en santé publique, c'est un moyen pour lui de montrer que la santé mentale est l'affaire de tous. Certains professionnels ont toutefois évoqué des préoccupations quant à l'obtention de financement d'acteurs hors de leur secteur, en termes d'évolution des pratiques que cela pourrait entraîner.
6. **Évaluer son projet et rédiger des rapports d'activité** permettant de diffuser des informations sur le fonctionnement de l'action, les retours des jeunes et de leur famille, et la place qu'elle occupe au sein du maillage d'acteurs et de dispositifs. Il s'agit en effet de montrer en quoi le projet d'aller-vers répond aux besoins du territoire et améliore l'accès aux soins des adolescents.
7. **Médiatiser son projet** : communiquer sur le projet à la radio, à la télévision ou dans les journaux locaux lui donne une large visibilité et participe à son ancrage sur le territoire, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'actions innovantes ou originales. La communication auprès de pairs dans des colloques ou journées d'échanges contribue aussi à la notoriété des projets et peut faciliter l'obtention de financements.

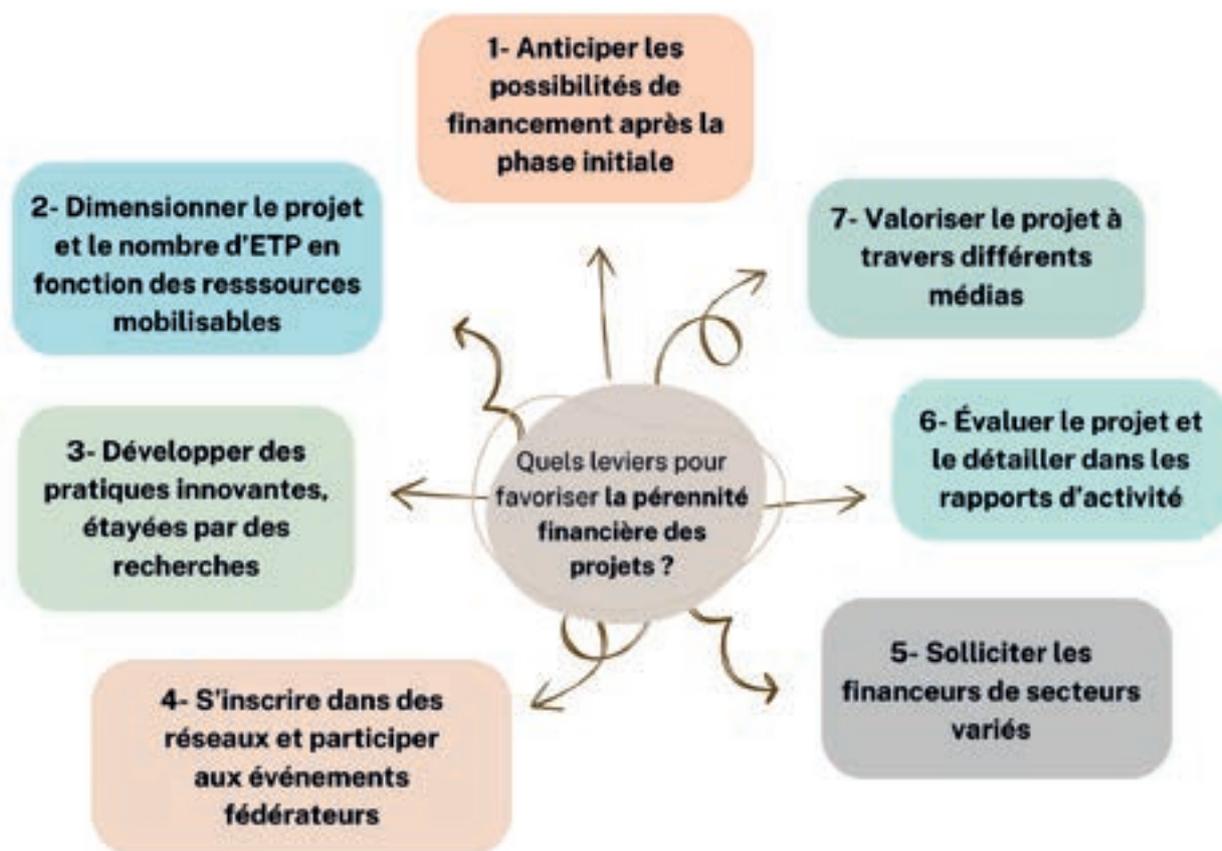


Figure 5-Synthèse des leviers des porteurs pour favoriser la pérennité financière des projets

AU-DELÀ DU FINANCEMENT, LA QUESTION DE LA PÉRENNISATION DES PROJETS

La pérennisation des projets d'aller-vers en santé mentale des jeunes interroge leur place dans les organisations. La **reconnaissance institutionnelle et l'intégration des projets capitalisés au sein de leur structure d'appartenance** se sont avérées très variables selon les contextes. Au sein de l'Établissement public de santé mentale de Lille par exemple, le virage ambulatoire a été emprunté depuis de nombreuses années : l'EM Lille s'inscrit pleinement dans l'écosystème de la structure qui comprend plusieurs autres équipes mobiles. Bien que son fonctionnement soit au contraire assez spécifique par rapport aux activités du Centre Hospitalier auquel il est rattaché, le bureau mobile de la MDA 08 a toutefois pu bénéficier d'un soutien important et continu de sa part. L'intégration ou « routinisation » des projets au sein des organisations n'est en effet pas uniquement fonction de leur inscription dans les logiques existantes, mais surtout de la capacité d'**apprentissage et d'amélioration continue de l'organisation** (INSPQ, 2022) (Pluye & Potvin, 2000). Parmi les éléments qui favorisent la pérennisation des projets de promotion de la santé au sein des structures, on peut également citer : **l'intégration aux routines** de l'organisation (participation aux réunions, utilisation des logos, etc.); l'existence d'un « cahier des charges » avec une **description précise du fonctionnement** du projet; la **communication** sur ses principes et ses effets en interne dans la structure; le remplacement du terme « projet » par une **expression indiquant le caractère permanent des activités** (« programme », « équipe », « plateforme »...), ou encore le fait qu'une **personne dédiée soit responsable de son fonctionnement** (INSPQ, 2022).

D'autres acteurs des projets ont au contraire déploré un certain isolement au sein de leur structure, avec le sentiment d'être **peu soutenu et de fonctionner « en marge » des autres services**. La culture du « hors les murs » et de l'intersectorialité semble en effet infuser difficilement dans certaines organisations, tandis que le clivage entre psychiatrie clinique et promotion de la santé reste encore parfois prégnant. Bien que le soutien institutionnel ne soit pas toujours présent, les porteurs de différents projets ont mis l'accent sur la « **sécurité** » **que peut apporter le fait d'être adossé à un centre hospitalier ou à une association de taille importante**, et la possibilité de bénéficier de services (mutualisation de professionnels paramédicaux, mobilisation du service communication, possibilité de participer à de nombreuses formations).

Certains projets capitalisés sont, pour leur part, portés par des associations indépendantes et s'inscrivent d'emblée au cœur de leurs projets associatifs. Dans ce cas, l'enjeu est moins celui de l'intégration au sein de l'organisation que du **contexte plus global qui peut les impacter**. Par exemple, les capitalisations des projets Hors la rue et INTERFACE font état d'un contexte géopolitique, législatif et économique peu favorable à l'accompagnement des jeunes migrants. L'un des obstacles possibles à la pérennisation est aussi la multiplicité des dispositifs et le manque de lisibilité qui peut en découler. Comme le souligne Abdel Ziani, Chef de service du club de prévention AVANCE (INTERFACE) : « *La multiplication des intervenants, aux missions parfois similaires mais aux pratiques différentes, complique encore davantage la situation. Cela crée un véritable puzzle pour les jeunes, qui se retrouvent face à une multitude d'offres similaires mais disparates. Il est donc essentiel de clarifier et d'harmoniser les pratiques afin de garantir une réponse cohérente et complète aux besoins des jeunes.* »



JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

Quels appels à projets/subventions vais-je cibler pour mettre en œuvre mon projet ?

Le projet s'appuie-t-il sur des connaissances scientifiques actuelles et/ou constitue-t-il une innovation ?

Quelles sources de financement pourront être mobilisées après la phase d'expérimentation pour permettre au projet de fonctionner de manière pérenne ?

Le dimensionnement de l'équipe est-il adapté aux financements dont pourra bénéficier le projet après sa phase initiale ?

L'ensemble des coûts de fonctionnement est-il pris en compte ?

Quelles actions de communication sont prévues pour valoriser le projet au sein et en dehors de la structure ? Quels supports seront réalisés ?

Les médias seront-ils sollicités ? Lesquels ?

Quelle place occupera le projet au sein de la structure ? Son développement pourra-t-il bénéficier du soutien de cette structure ?

Certaines ressources de l'organisation pourront-elles être mobilisées pour le projet (services support, mutualisation de compétences professionnelles, etc.) ?

Pour aller plus loin, voir le guide « [Exercer la responsabilité populationnelle - Éléments de réflexion pour évaluer et favoriser la pérennité](#) » de l'INSPQ



4

Aller vers les jeunes en santé mentale : quels enjeux, quels enseignements ?

4.1 Accompagner de façon globale les jeunes, en tenant compte des déterminants de leur santé mentale

Qu'elles s'inscrivent dans l'éducation pour la santé, l'accompagnement global des jeunes ou la prise en charge des troubles psychiques, toutes les actions capitalisées adoptent une **approche systémique de la santé mentale**, considérant le jeune dans l'environnement socio-économique et physique dans lequel il vit.

Comme le rappelle Psycom, **la santé mentale fait pleinement partie de la santé et est influencée par de multiples déterminants** : conditions de vie, événements marquants de l'histoire personnelle, société et culture. Elle peut être décrite comme « la recherche permanente d'un équilibre entre nos ressources internes et externes et les obstacles internes et externes que nous rencontrons » (Caria, 2020a).

SUR QUELS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE LES ACTIONS CAPITALISÉES AGISSENT-ELLES ?

Une synthèse de la littérature scientifique réalisée par l'association Minds (Pereira et al., 2021) classe les déterminants de la santé mentale en trois niveaux : facteurs individuels, facteurs sociaux et économiques et facteurs environnementaux et sociétaux (voir figure ci-dessous). Dans chaque niveau, plusieurs facteurs sont identifiés comme jouant un rôle déterminant dans l'état de santé mentale de la personne. Si « certains facteurs sont fixes et ne pourront que peu ou pas changer au cours de la vie (par exemple, les facteurs génétiques) », il est possible d'agir sur d'autres leviers, notamment pour renforcer les facteurs protecteurs de la santé mentale (par exemple, les compétences psychosociales) ou atténuer l'impact négatif des facteurs qui la dégradent. Tout déterminant n'a pas le même poids et chacun d'entre eux n'a qu'une force prédictive limitée. Ce qui importe davantage, ce sont les interactions complexes entre ces déterminants, qui peuvent renforcer ou compromettre la santé mentale.

Ainsi, on peut retrouver les déterminants de la santé mentale dans les récits des neuf projets capitalisés, soit qu'ils soient identifiés comme expliquant les problématiques de santé mentale rencontrées par les jeunes, et dont les acteurs s'efforcent de tenir compte, soit qu'il s'agisse de leviers sur lesquels les projets s'appuient pour avoir un impact positif sur la santé mentale des jeunes qu'ils accompagnent. En se fondant sur la synthèse de Minds, il est proposé d'explorer comment les déterminants ont été pris en compte dans les projets en distinguant ces deux niveaux d'analyse : prise en compte / volonté d'agir sur.



DETERMINANTS DE LA SANTE MENTALE PRIS EN COMPTE dans les actions capitalisées "santé mentale des jeunes"

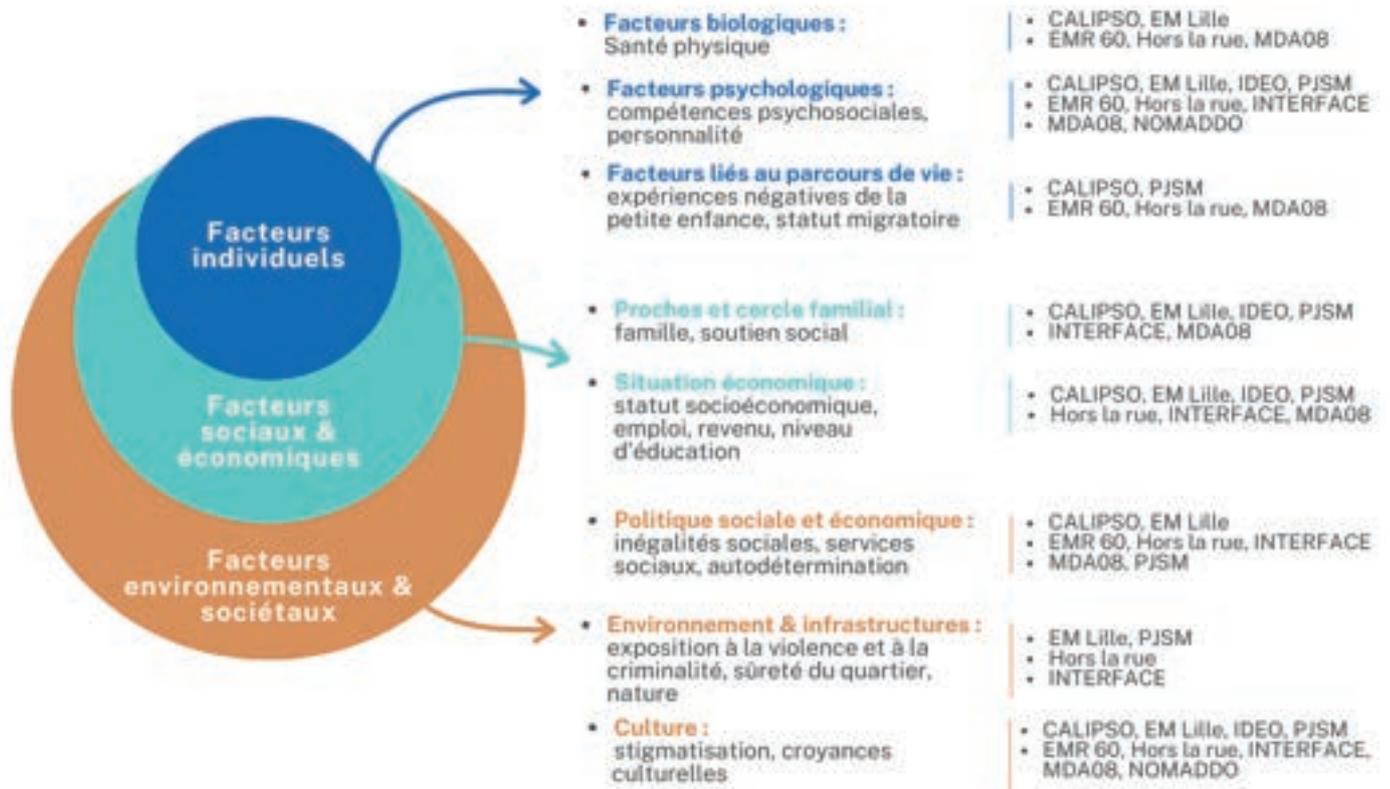


Figure 6 - Déterminants de la santé mentale, tiré de Pereira et al., 2021

FACTEURS INDIVIDUELS

Tenir compte des expériences vécues des jeunes : stress, impact des expériences de la petite enfance, effets des parcours migratoires chaotiques

Plusieurs porteurs de projets ont pointé comment certains traumatismes de l'enfance ont affecté la santé mentale des jeunes pris en charge (EM Lille, Hors la rue, NOMADDO, EMR 60, PJSM). Pour ces enfants ayant vécu des expériences négatives dans la petite enfance, il est important de prévenir l'impact du stress et de prendre en charge les conséquences de ces traumatismes une fois les effets observés.

Au sein de plusieurs projets, les acteurs interagissent avec des jeunes issus de parcours migratoires chaotiques les ayant exposés à des traumatismes physiques et psychologiques. L'association Hors la rue accompagne les mineurs non accompagnés, repérés en rue, et vise à sécuriser un statut plus protecteur. Elle les soutient dans leur parcours vers la reconnaissance de leur minorité afin de permettre l'ouverture de droits liés à la protection de l'enfance. Parallèlement à cette mission, ses psychologues agissent pour le mieux-être mental des jeunes afin qu'ils parviennent à s'emparer des solutions proposées par les équipes, en accord avec le principe de libre adhésion auquel l'association accorde une grande importance. Au sein du CALIPSO, l'une des *case managers* a suivi une formation pour mieux s'adapter aux jeunes migrants. Cette professionnelle adopte une approche flexible et attentive aux contraintes et au stress vécus par ces jeunes, tout en prenant en compte les dimensions culturelles attachées à la maladie.

De manière générale, la réappropriation par le jeune de son histoire peut faire partie des propositions thérapeutiques dans le cadre des suivis. Les accompagnements proposés par l'EMR 60 et la MDA 08, par exemple, incluent des activités visant à permettre au jeune de se réapproprier son histoire : utilisation d'objets pour structurer le temps, création d'albums photos, tenue d'un carnet personnel, etc.

Renforcer les facteurs individuels protecteurs : travailler les compétences psychosociales

Les recherches sur les compétences psychosociales ont montré que leur développement a un impact positif sur la santé mentale, ce qui revêt une importance particulière pendant l'enfance et l'adolescence. Il n'est donc pas étonnant que l'ensemble des projets englobent des actions visant le renforcement des aptitudes individuelles, et notamment les compétences psychosociales. Ces actions peuvent prendre la forme de thérapies individuelles ou collectives, ainsi que d'ateliers dédiés. Il est important aussi de tenir compte de la personnalité des jeunes pris en charge (Lecomte, 2017a), qui peut expliquer que les mêmes environnements aient un impact différencié sur les comportements (Lecomte, 2017b). La figure ci-dessous illustre différentes modalités mises en place dans les interventions pour renforcer les aptitudes individuelles des jeunes.

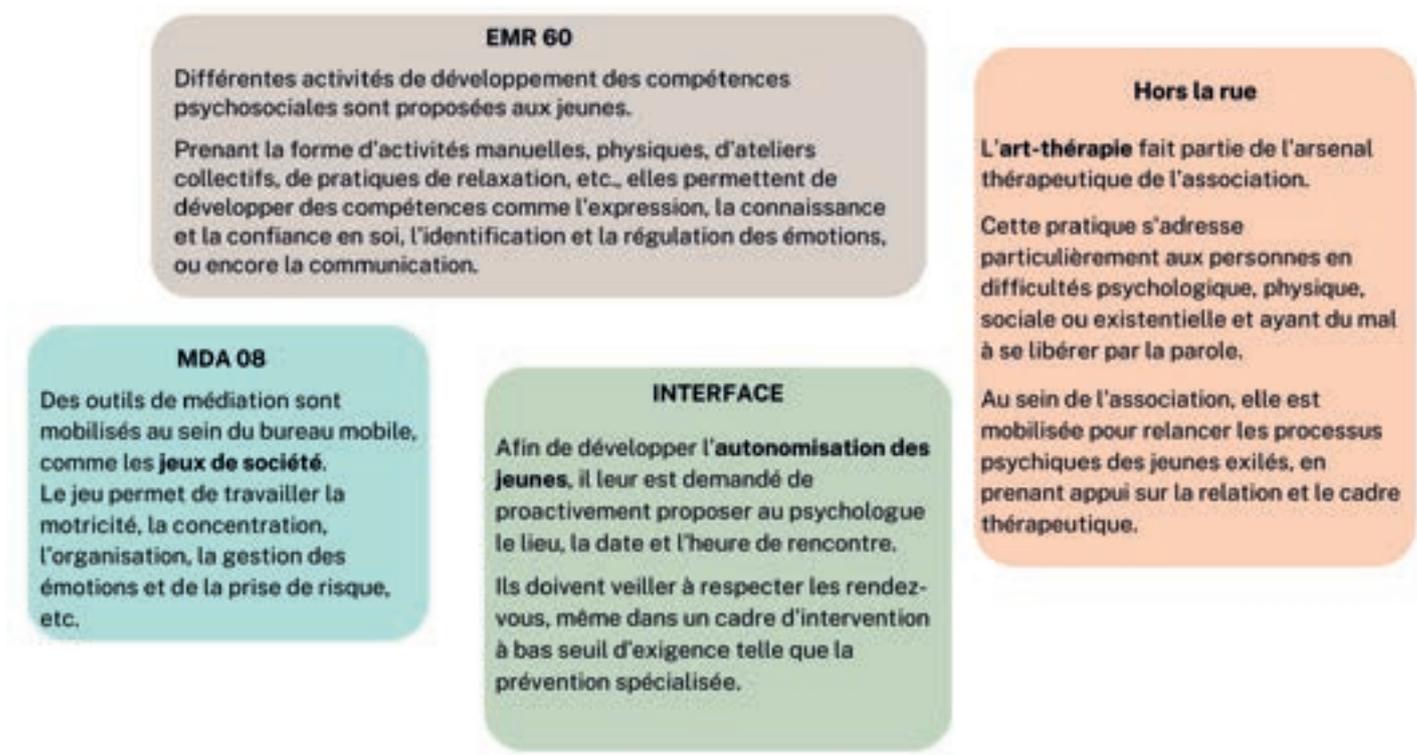


Figure 7-Exemple d'actions de renforcement des aptitudes individuelles

FACTEURS SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES

Prévenir les ruptures dans les parcours de vie : scolarité, formation, emploi, revenu, niveau d'éducation

Le lien entre le statut socioéconomique et la santé mentale fonctionne à double sens. D'une part, les conditions de vie et le statut socio-économique impactent la santé mentale des personnes. D'autre part, chez les jeunes suivis, la détérioration de la santé mentale peut affecter leur assiduité scolaire et entraîner un décrochage, sous la forme de déscolarisation ou d'abandon de formation, qui risque de limiter leurs revenus futurs, ce qui peut à son tour influencer négativement leur santé mentale. De plus, cela impactera négativement aussi des facteurs protecteurs comme le développement des compétences psychosociales ou l'autodétermination.

Prévenir les ruptures permet de protéger le statut économique présent et futur des jeunes. La plupart des projets proposent un accompagnement global visant à accompagner la réinsertion des jeunes dans un parcours de formation, d'études ou professionnel. Et grâce aux relais partenariaux, les professionnels peuvent orienter les jeunes vers des ressources complémentaires telles que des associations, des écoles de la deuxième chance, ou des missions locales.

C'est par exemple le cœur des stratégies d'intervention d'INTERFACE : l'alliance psycho-éducative offre aux jeunes marginalisés un accompagnement dans la reprise de leur parcours scolaire ou professionnel avec les éducateurs. Les éducateurs travaillent en collaboration avec les jeunes pour co-construire des projets sur mesure adaptés à leur situation. Cela peut inclure des stages chez des partenaires, permettant aux jeunes de se remobiliser et de reprendre le cours de leur vie.

Intégrer la famille ou le réseau social, dans l'accompagnement

Dans la quasi-totalité des actions, une collaboration est mise en œuvre avec les familles, avec une intensité variant selon les projets (voir chapitre suivant). Les interventions auprès des familles et des proches des jeunes en difficulté permettent de mieux comprendre l'environnement social et familial du jeune pour structurer le projet médical et apporter l'aide appropriée. D'autre part, les interventions peuvent également viser à agir sur l'environnement familial pour le modifier. Cela peut impliquer la mise en place d'actions telles que des thérapies familiales ou le développement des compétences parentales.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIÉTAUX

Tenir compte des environnements de vie et protéger de l'exposition à la violence et à la criminalité

La présence de violence dans une communauté est fortement associée au développement de symptômes de stress post-traumatique et de problèmes de comportement agressif et de déviance, en particulier chez les enfants et les jeunes. Les acteurs des projets Hors la rue, INTERFACE et PJSM sont aux prises avec ces problématiques, car ils interviennent auprès de jeunes en rue, victimes de traite des êtres humains, ou auprès de jeunes marginalisés vivant dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Pour ces deux publics, l'environnement de vie de ces jeunes et la violence à laquelle ils sont exposés de ce fait sont des facteurs de détérioration de leur santé mentale. Par leur présence en rue et dans les espaces publics, les professionnels d'Hors la rue et les éducateurs spécialisés du club de prévention spécialisé AVANCE offrent un soutien potentiel à ces jeunes face à cet environnement délétère, qui doit permettre de prendre en compte ce vécu.

Par ses missions, Hors la rue vise également à agir sur ce facteur structurel, en cherchant à la fois à sortir les jeunes de la rue et des situations de violence auxquelles ils sont exposés et à abaisser le niveau de violence vécue par ces jeunes à la rue. Les professionnels portent notamment un plaidoyer auprès des partenaires afin qu'ils modifient leurs représentations sur les enfants et les jeunes en rue « *contraints à la commission de délits* ». Ils mettent également en lien ces jeunes avec des partenaires qui peuvent les aider dans leurs trajectoires et leur offrir un peu de répit.

L'accessibilité comme levier de réduction des inégalités sociales

L'accès aux ressources en santé mentale est inégalitaire et le fruit de l'impact cumulé de nombreuses politiques publiques (accès à la santé, éducation, politiques sociales et économiques, d'aménagement du territoire). À défaut de pouvoir corriger les politiques à l'origine des inégalités observées, les interventions capitalisées illustrent différentes façons de compenser les effets inégalitaires de ces politiques, en termes d'offre et d'accessibilité par exemple.

Les démarches d'aller-vers appliquées dans le cadre des actions capitalisées visent clairement un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins psychiques pour les jeunes. Certains acteurs le revendiquent formellement. C'est notamment le cas des interventions émanant des Maisons des Adolescents (MDA 08, NOMADDO). Dans ces deux cas, l'aller-vers est réalisé dans des départements à dominance rurale où les jeunes rencontrent des difficultés d'accès à l'offre de soins ayant pour origine la mobilité géographique, les finances, la désocialisation, ou leurs représentations du soin. Par ailleurs, la quasi-totalité des acteurs travaillent étroitement avec les services sociaux pour notamment améliorer l'accès aux droits.

Agir en s'appuyant sur les environnements naturels protecteurs

De nombreuses études ont montré des effets positifs de l'exposition à la nature sur la santé mentale, notamment sur l'humeur. Dans les actions capitalisées, les porteurs de projets n'utilisent pas ce levier de façon systématique et structurée, mais peuvent y avoir recours dans le cadre de prises en charge personnalisées. Un exemple d'accompagnement proposé par l'[EM Lille](#) incluait de mettre en place une promenade à l'étang où l'un des jeunes suivis pratiquait la pêche avec son grand-père. Les professionnels du bureau mobile de la [MDA 08](#), qui ont la possibilité de proposer des cadres de discussion variés, dans et hors du camping-car, et donc parfois en forêt ou dans la nature, relèvent que davantage de choses sont partagées avec l'équipe dans ce cadre naturel et informel quand il correspond à une demande exprimée par le jeune. La mobilité et la souplesse des accompagnements construits par les équipes, relevant parfois selon eux d'un « bricolage thérapeutique », permettent d'activer au besoin ce levier.

LA MISE EN MOUVEMENT, AUTRE LEVIER D'ACTION MOBILISÉ DANS LES PROJETS

De manière générale, les structures travaillant avec les jeunes, notamment dans le domaine du travail social, mobilisent les jeunes au travers d'activités physiques destinées au dévouement ou à l'alliance thérapeutique ou psycho-éducative.

Dans certains cas, l'accompagnement thérapeutique proposé aux jeunes inclut des activités explicitement construites autour de la mise en mouvement du corps.

- L'équipe mobile de l'EM Lille met en œuvre des techniques de redistribution d'énergie corporelle. Il s'agit d'exercices de décharge motrice ou de libération de tensions accumulées qui visent à permettre aux jeunes de mieux gérer le stress accumulé et favoriser le retour d'un équilibre psychocorporel optimal.
- Dans le cadre du projet de création d'un pôle santé mentale en rue, les psychologues d'Hors la rue interviennent en pratiquant ce qu'ils appellent « la déambulation » : une approche consistant à engager des conversations côte à côte avec les jeunes. Cette méthode marque le début d'une forme de thérapie, offrant une rencontre qui respecte à la fois le besoin de mouvement des jeunes en rue et leur désir de se sentir libres dans un environnement qu'ils maîtrisent.

Pour aller plus loin, voir les projets [Hors la rue](#) et [EM Lille](#)

La stigmatisation et les croyances autour de la santé mentale, freins transversaux

Les représentations liées aux soins psychiques, à l'hospitalisation, les professionnels prenant soin de la santé mentale, et à la maladie influencent la manière dont les personnes appréhendent la santé mentale et les troubles psychiques. On retrouve ces représentations chez les jeunes, leur entourage et aussi chez les professionnels les accompagnant. Dans la plupart des projets, elles ont donné lieu à des actions visant à déstigmatiser l'image de la psychiatrie et le recours aux soins.

Sur l'image de la psychiatrie, de nombreux acteurs ont fait part de la nécessaire évolution de la figure du médecin ou même du psychologue. Des actions volontaires ont visé à modifier les représentations du soin psychique chez les jeunes et également chez les professionnels les accompagnant.

Le projet [IDEO](#) - informer, déstigmatiser, évaluer, orienter - met la déstigmatisation de la psychiatrie au cœur de son intervention. Porté par une équipe de pédopsychiatres de l'établissement de santé mentale de l'Aube, il consiste à aller-vers les lycéens de 15 ans en filière générale ou technique afin d'animer des ateliers abordant les croyances et les idées reçues ainsi que la reconnaissance des signes de mal-être et la manière de solliciter un adulte de confiance.

Dans le cadre de [CALIPSO](#), l'approche « *youth friendly* », permettant de proposer des services et des soins adaptés aux jeunes, vise à dédramatiser la première rencontre avec la psychiatrie. L'équipe met tout en œuvre pour que

le jeune ait une expérience positive, même dans le cas d'un premier épisode psychotique. L'abord sympathique et flexible de l'équipe, ainsi que son optimisme « réaliste » quant à l'évolution de la crise et la présence d'une pair-aidante professionnelle au sein de l'équipe, contribuent à déstigmatiser et à rendre l'expérience plus adaptée aux jeunes.

Les porteurs de projets peuvent être amenés plus largement à contribuer à des activités d'information et de sensibilisation autour de la santé mentale. Un exemple : l'EM Lille a ainsi été invitée par le conseil local en santé mentale de Tourcoing à intervenir auprès des jeunes lycéens pour les sensibiliser aux troubles psychiques et aux solutions existantes sur le territoire. L'équipe mobile a pu construire un atelier de déstigmatisation au sein d'un lycée, conjointement à la production de la pièce de théâtre intitulée "*La belle histoire*".

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

Quels déterminants de la santé mentale impactent la santé des jeunes accompagnés dans le cadre de mon projet ?

Sur quels déterminants faudrait-il agir, compte tenu de la problématique repérée ?

Sur quels déterminants sera-t-il possible d'agir et d'avoir un impact grâce au projet ? Sur quels déterminants structurels ne sera-t-il pas possible d'avoir un impact réel et direct ?

Est-ce que mon projet prend en compte le statut économique des jeunes et comment peut-il permettre son renforcement ?

Quels seront les partenaires à mobiliser pour agir sur les déterminants identifiés ?

4.2 Travailler sa posture, intégrer les familles : un aller-vers plus que physique

UNE QUESTION DE POSTURE

Bien qu'il n'existe pas de consensus autour de la définition d'« aller-vers », cette notion fait le plus souvent référence au fait de **sortir physiquement des structures** (de santé, sociales, etc.) pour **aller à la rencontre des personnes**, souvent en situation de non-demande. Mais l'aller-vers n'est pas qu'une question de mobilité : ce terme renvoie aussi à une « posture relationnelle d'ouverture », d'après la formule de C. Avenel (Avenel, 2022) . Selon L. Ott (Ott, 2018), « il ne s'agit pas de travailler "ailleurs" mais "autrement" ». Les professionnels des projets capitalisés ont tous en commun de s'engager dans une relation avec les jeunes **flexible, ouverte, non-jugeante et favorisant l'autonomisation**. En cela, ils s'inscrivent dans le référentiel éthique de l'aller-vers, caractérisé par les éléments suivants : « inconditionnalité, juste proximité, écoute, libre choix des personnes, rétablissement du pouvoir d'agir des personnes et augmentation de celui-ci » (Avenel, 2022).

Le non-jugement concerne non seulement la personne elle-même, ce qu'elle est et ses difficultés, mais aussi ses **décisions et son niveau d'engagement dans l'accompagnement**. Il s'agit pour les professionnels de ne « **pas vouloir pour** » et d'accepter de ne pas tout maîtriser (Le Breton & Sabin, 2020) (Sabin & Martin, 2022). Pour nombre d'entre eux, cette perte de « contrôle » et la diminution de l'asymétrie dans la relation qu'elle entraîne nécessitent un pas de côté par rapport à leur formation ou leurs pratiques antérieures. Comme l'exprime Léa Herbin, éducatrice spécialisée accueillante au sein de l'équipe du Bureau mobile MDA 08, « *lorsqu'on rencontre un jeune, il faut bien avoir en tête que c'est lui qui décide s'il revient ou non. Pour certains professionnels, c'est difficile de se dire "je n'ai pas la mainmise"* ». Ainsi, « les démarches d'"aller vers" – outreach en anglais – intègrent aussi, dans le déplacement

physique qu'elles opèrent, l'idée d'un déplacement de la posture professionnelle » (Parisse & Porte, 2022). Pour les acteurs qui n'interviennent pas uniquement en équipe mobile, comme ceux du Bureau mobile MDA 08, cette pratique peut aussi les amener à **faire évoluer leur travail** au sein de leur structure, dans une dynamique d'« enrichissement du "dans les murs" par le "hors-les-murs" » (Garcin, 2016).

Dans le contexte des actions explorées, majoritairement fondées sur une libre adhésion des personnes au suivi proposé, cette posture favorise le tissage progressif d'une **alliance entre professionnels et jeunes**, basée à la fois sur des « négociations » pour construire un sens partagé autour des objectifs à atteindre et des actions possibles ; et sur une « mutualité », pour agir ensemble et se coordonner (Braconnier, 2001). La prévention spécialisée (voir notamment INTERFACE) est caractéristique de cette posture basée sur la **simplicité, la transparence et l'acceptation du jeune de manière inconditionnelle** (cf. encadré ci-contre).

Au-delà de la posture des professionnels, les caractéristiques des structures peuvent elles-mêmes incarner une forme d'aller-vers à travers **leurs projets et modalités d'accueil du public** (Parisse & Porte, 2022). On peut citer l'exemple des services « *youth friendly* » (Ambresin et al., 2014), adaptés pour favoriser l'accessibilité et l'adhésion des adolescents (voir le projet CALIPSO), **ou encore par les moyens de communication numériques** mobilisés (« aller-vers numérique ») (Parisse & Porte, 2022) (« Santé mentale des jeunes en milieu rural », s. d.). Si les réseaux sociaux sont globalement peu utilisés dans les actions capitalisées, dans la plupart d'entre elles les jeunes peuvent communiquer avec les professionnels par téléphone, SMS ou messagerie.

Quelles qu'en soient les modalités, l'aller-vers est une stratégie reconnue pour **agir contre le non-recours**. En effet, l'une des dimensions transversales aux projets est de favoriser l'accès **aux soins et aux services** : par exemple, en proposant un projet d'éducation pour la santé pour déstigmatiser la santé mentale (ses usagers, ses professionnels et ses pathologies) (IDEO), en accompagnant physiquement les jeunes au Centre médico-psychologique (MDA 08), en coordonnant l'intervention de différents professionnels (CALIPSO) ou encore en permettant à des jeunes reclus chez eux de quitter progressivement leur domicile (EM Lille, NOMADDO).

La figure suivante synthétise quelques leviers mobilisés par les acteurs des projets capitalisés favorisant une posture d'« aller-vers » :



Figure 8 - Synthèse des leviers de la posture d'« aller-vers » mobilisés dans les projets capitalisés

« ALLER-VERS » DANS LA RUE : UNE POSTURE SPÉCIFIQUE

Le travail en rue implique une **souplesse d'esprit renforcée** de la part des professionnels : ils n'en décident pas les règles et n'auront « pas le dernier mot » (Sabine & Martin 2022). Aller vers les jeunes en souffrance psychique dans la rue implique notamment de :

- s'adapter à un environnement instable et à la mobilité constante des jeunes ;
- développer des **connaissances spécifiques** sur les dangers de la rue ;
- accepter le **temps nécessaire** pour apprivoiser le lien ;
- identifier des **lieux de contenance** (abribus par exemple) et/ou mener l'entretien en marchant, en utilisant la **déambulation comme dispositif clinique** ;
- **entretenir une proximité** permettant de mieux appréhender les situations vécues par les personnes.

Le travail en rue nécessite une grande attention et des mesures pour limiter l'**usure et les risques psychosociaux** des équipes.

Pour aller plus loin, voir les projets Hors la rue et INTERFACE.

ALLER-VERS LES JEUNES, MAIS AUSSI LEUR FAMILLE

Le contexte familial est un déterminant important de la santé mentale (voir chapitre précédent) et ce dès le plus jeune âge. Au sein de l'environnement de vie des jeunes, les familles jouent en effet un rôle clé. Les jeunes concernés par les dispositifs capitalisés sont pour la plupart en cours d'adolescence et **la souffrance psychique est influencée et en retour impacte toute la dynamique familiale**. Les équipes intègrent les parents pour répondre à différents objectifs :

- **recueillir de précieuses informations** sur le contexte de vie du jeune. Comme l'explique Alain Merenda, psychologue au sein de l'Équipe mobile Santé mentale intersectorielle pour les 16-25 ans – Tourcoing-Vallée de la Lys (EM Lille) : « *la famille détient une expertise véritable du patient, bien supérieure à la nôtre* » ;
- les **appuyer dans l'accompagnement de leur enfant**, en leur permettant de mieux comprendre les difficultés qu'il traverse et comment l'aider ;
- les **soutenir** et les aider à maintenir leur propre qualité de vie.

La figure ci-dessous montre quelques exemples d'actions menées en direction des familles dans les interventions capitalisées. On y relève que la quasi-totalité des actions mobilisent les familles autour des jeunes, en structures médico-sociales comme dans les établissements de soins, mais que la façon de les associer varie en intensité selon les projets.

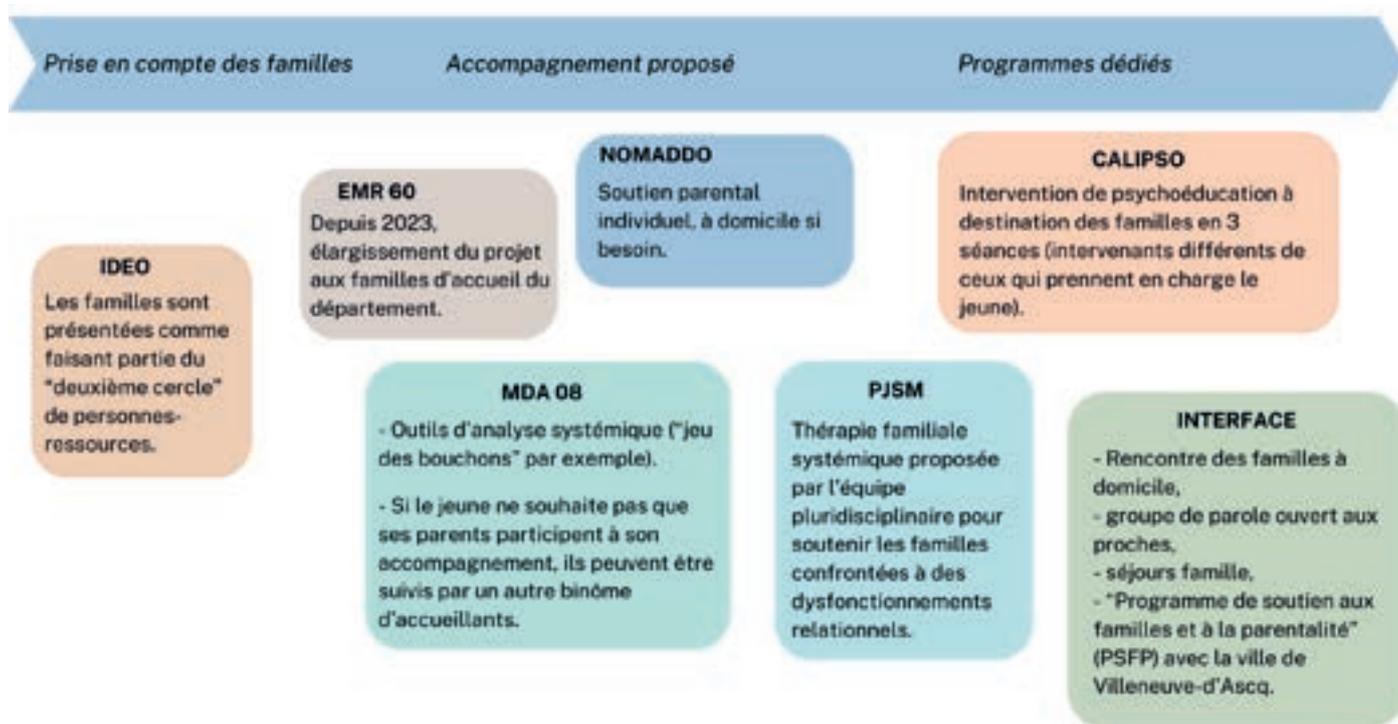


Figure 9 – Exemple d'actions concernant les familles

Bien que les familles soient prises en compte dans la plupart des projets capitalisés, les professionnels **respectent les souhaits des jeunes et maintiennent la confidentialité de leurs échanges**. Le besoin de soutien des familles est en effet toujours mis en balance avec le maintien d'une « relation thérapeutique basée sur la confiance (Early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC) et al., 2012) ». Au sein des Maisons des Adolescents, l'accueil est anonyme et le jeune peut venir aux rendez-vous seul ou avec la personne de son choix (son parent ou un ami, par exemple). Dans le bureau mobile de la **MDA 08**, les accueillants ne reçoivent donc les parents lors de l'entretien que si le jeune est d'accord. Dans le cas contraire, le camping-car ne possédant pas de salle d'attente, ils leur demandent de patienter à l'extérieur. Même si cela paraît parfois délicat aux professionnels, ils restent fermes sur ce principe. Un autre exemple est celui du **CALIPSO**. Dans cette équipe d'intervention précoce dans les psychoses débutantes, les soignants essaient de rencontrer les familles le plus tôt possible au cours du suivi. Mais dans le cas où les personnes sont majeures, elles peuvent tout à fait faire le choix de ne pas impliquer leur famille et leur décision peut varier dans le temps. Le « plan de crise conjoint », co-élaboré entre professionnel et jeune, permet d'anticiper la conduite à tenir à l'égard des proches en cas de nouvel épisode psychotique.

Quelle que soit la décision des jeunes quant à l'implication de leurs proches, cette dimension est **toujours abordée, car l'entourage fait partie des déterminants importants de la santé mentale globale**. Au cours des accompagnements, les professionnels amènent progressivement les jeunes, lorsque cela est possible et en fonction des situations, à **retisser des liens avec les personnes-ressources de leur famille**, se plaçant pour certains en position de médiation. Pendant les confinements liés à la crise du covid-19, l'équipe d'INTERFACE a été confrontée à de nombreux jeunes exprimant « *une souffrance à être en famille* ». Saisissant l'opportunité d'un appel à projets, elle a engagé douze familles dans un programme de soutien aux familles et à la parentalité de 14 semaines. Bien que les professionnels aient jugé ce temps d'accompagnement trop court, ils ont observé une forte mobilisation des familles et des prises de conscience transformatrices et libératrices pour les jeunes.

Enfin, si les rencontres entre professionnels et familles peuvent également se dérouler au sein des structures d'accueil, chez des partenaires ou à l'hôpital, les **entretiens à domicile** sont précieux car ils permettent notamment d'appréhender sous un angle différent les liens entre les membres de la famille et son mode de fonctionnement (voir chapitre 3.1 sur les modalités de l'aller-vers).

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

Qu'est-ce qui sera privilégié lors du recrutement des professionnels : le diplôme ou la capacité à adopter une posture décentrée et à ne pas « vouloir pour » ? Des formations seront-elles prévues ?

Quels éléments permettront de rendre mon service accessible et accueillant pour les jeunes (horaires, situation géographique, aménagement de l'espace, etc.) ?

Quelles seront les « règles d'accueil » : sur rendez-vous ou pas ? Les personnes continueront-elles à être accompagnées même si elles n'honorent pas un ou plusieurs rendez-vous ?

Quelle place est prévue pour les familles au sein de mon projet ?

Des actions spécifiques leur seront-elles destinées et/ou vers quels acteurs pourront-elles être orientées ?

Pour les jeunes mineurs, l'accueil sera-t-il anonyme ou les familles seront-elles informées ?

4.3 Construire des projets basés sur des partenariats entre différents champs d'action

DES PARTENARIATS NOMBREUX ET VARIÉS

En promotion de la santé, les partenariats intersectoriels sont définis comme des collaborations visant à agir sur des problèmes auxquels chaque acteur ne peut s'attaquer isolément (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS ARA), 2023). Partageant une **vision globale de la santé mentale**, les neuf projets ayant fait l'objet d'une capitalisation s'inscrivent tous au sein de **réseaux partenariaux riches**. Soins, éducation, emploi, social, culture, logement, loisirs, justice... les acteurs de ces projets travaillent en collaboration avec les professionnels de nombreux secteurs qui constituent des **déterminants de la santé mentale**. Les liens de partenariat sont tissés à différents niveaux, **opérationnels comme institutionnels**.

La figure suivante permet de visualiser les principaux partenaires fréquemment cités dans les différentes capitalisations.

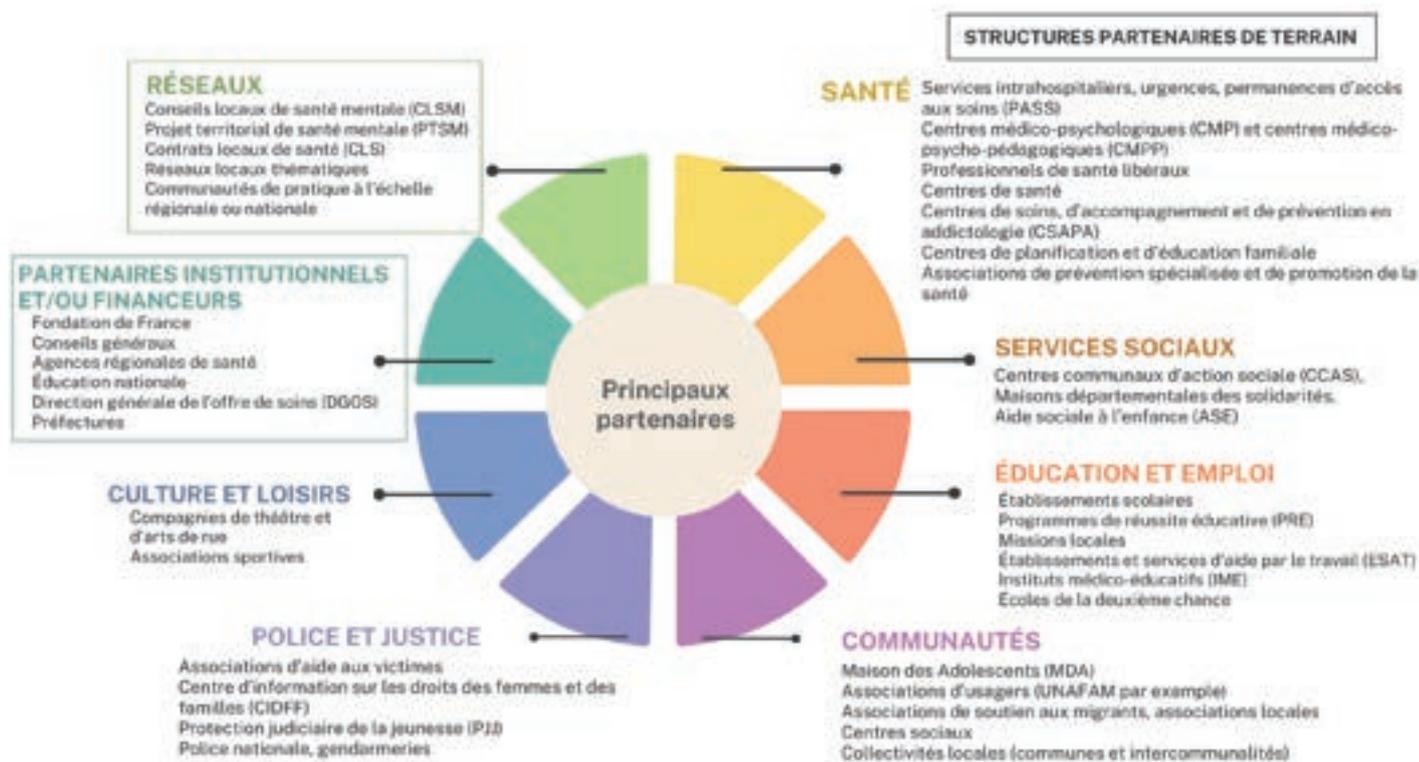


Figure 10 - Synthèse des principaux partenaires cités par les professionnels des actions capitalisées

DES OBSTACLES À SURMONTER

Les projets d'aller-vers constituent des réponses à des besoins concrets sur les territoires. Ils sont donc généralement très **bien accueillis par les acteurs locaux**, ce qui peut favoriser la construction de liens de partenariat. S'ils semblent essentiels **pour offrir une réponse cohérente et globale** à la souffrance des jeunes et à la promotion de leur santé mentale, ces liens ne vont pas toujours de soi. Dans un contexte où la spécialisation et les logiques de ciblage se sont renforcées (Achard, 2022; Lemay et al., 2022), les professionnels regrettent pour certains un « **travail en silo** » dans les différents secteurs. Pour les plus fragiles, ce fonctionnement « peut avoir pour effet de fragmenter la réalité des jeunes et leur parcours de prise en charge » (Marion & Touati, 2022). Comme le résume A. Ziani, chef de service au sein du Club de prévention AVANCE (INTERFACE), « *la multiplication des intervenants, aux missions parfois similaires mais aux pratiques différentes, complique encore davantage la situation. Cela crée un véritable puzzle pour les jeunes, qui se retrouvent face à une multitude d'offres similaires mais disparates. Il est donc essentiel de clarifier et d'harmoniser les pratiques afin de garantir une réponse cohérente et complète aux besoins des jeunes* ».

DES PRATIQUES INTERSTITIELLES POUR AGIR CONTRE LES PHÉNOMÈNES DITS D'« INCASABILITÉ » (ACHARD, 2022)

Certains jeunes en grande difficulté se trouvent **au carrefour de différents secteurs de prise en charge** : aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse, pédopsychiatrie, médico-social... Ces jeunes au parcours jalonné de ruptures peuvent développer des comportements rendant difficile leur maintien dans les structures. Ils sont souvent qualifiés d'« incasables ».

Des équipes luttent contre ce phénomène en développant des pratiques de **prévention spécialisée** et/ou en **accompagnant les équipes éducatives**. Progressivement, elles retissent un lien en allant vers les milieux de vie et en développant une **approche globale, à bas seuil d'exigence et fondée sur la reconnaissance** des jeunes.

Selon C. Achard, leur pratique se situe dans les « **interstices** » entre les différents secteurs d'intervention « à rebours du modèle de ciblage catégoriel et complexe qui exclut les jeunes les plus en difficultés » (Achard, 2022).

Pour aller plus loin, voir les projets [INTERFACE](#) et [EMR 60](#).

Les acteurs soulignent aussi les difficultés qu'ils rencontrent face à la **saturation de l'offre de soins** et le **manque de lisibilité des prises en charge en psychiatrie**, ainsi qu'au **manque de disponibilité** de certains professionnels des structures qui accompagnent les jeunes.

Dans ce contexte, quels sont les modalités et niveaux de collaboration développés par les professionnels des actions capitalisées ? Quels leviers ont-ils mobilisés pour construire et faire vivre des partenariats intersectoriels multiples autour de leurs actions ?

DES OBJECTIFS ET MODALITÉS DE PARTENARIATS VARIÉS

L'un des objectifs des partenariats tissés par les acteurs est d'inscrire leur action d'aller-vers en articulation avec les dispositifs existants sur le territoire, ainsi que de renforcer la cohérence des parcours des jeunes autour de leur santé mentale. Pour cela, les professionnels s'attachent à :

- **faire connaître leur projet**, ses principes, ses modalités d'adressage et son fonctionnement. Les acteurs rencontrés au cours de la capitalisation expliquent tous passer un temps important à effectuer ce travail de communication, qui doit être fréquemment renouvelé du fait du turn-over des acteurs ;
- **sensibiliser et former les professionnels** du territoire à la santé mentale, au repérage des troubles psychiques, et à la spécificité des publics qu'ils accompagnent (PJSM, NOMADDO, IDEO ou encore CALIPSO). Pour certains, cela prend la forme d'un véritable plaidoyer (Hors la rue ou EMR 60) ;
- de manière complémentaire, **bien connaître les structures du territoire et leurs spécificités** pour pouvoir les solliciter ou pour orienter les jeunes en relais de leur suivi ;
- **améliorer la pérennité de leurs actions** en donnant aux professionnels qui entourent les jeunes des clés pour que les actions engagées perdurent après la fin de leur accompagnement ;
- **influer sur les décisions des acteurs institutionnels** du fait de leur légitimité acquise au contact direct des jeunes (Hors la rue), ou sur le regard que les institutions portent sur certains jeunes (EMR 60) ;
- **associer des compétences complémentaires** pour mieux rejoindre les jeunes (NOMADDO ou IDEO) ou proposer des solutions communes (INTERFACE, EMR 60, MDA 08) ;
- participer au **développement d'une culture commune**, voire d'une **communauté de pratiques**, par exemple autour de l'intervention précoce dans les psychoses débutantes (CALIPSO) ou de la pratique en équipe mobile (EM Lille) ;
- contribuer à la **création de nouvelles connaissances** par la participation commune à des recherches (CALIPSO ou INTERFACE).

Pour répondre à ces objectifs, les collaborations entre acteurs au sein des projets capitalisés prennent **différentes formes, que l'on peut tenter de placer sur un continuum selon le niveau d'intégration** qu'elles représentent (voir figure ci-après) (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS ARA), 2023) (Bilodeau et al., 2019).



Figure 11 – Différents niveaux de collaboration développés au sein des projets capitalisés

DES LEVIERS TRANSVERSAUX

Les partenariats **ne sont jamais figés mais évoluent** « à la façon d'un consensus, toujours négocié, toujours fragile, lié à la façon dont les parties prenantes s'approprient le projet et y projettent des valeurs, des enjeux et priorités individuels » (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS ARA), 2023). L'analyse des différentes capitalisations met en lumière certains leviers qui ont semblé déterminants dans la construction mais aussi le maintien des dynamiques partenariales au fil du temps :

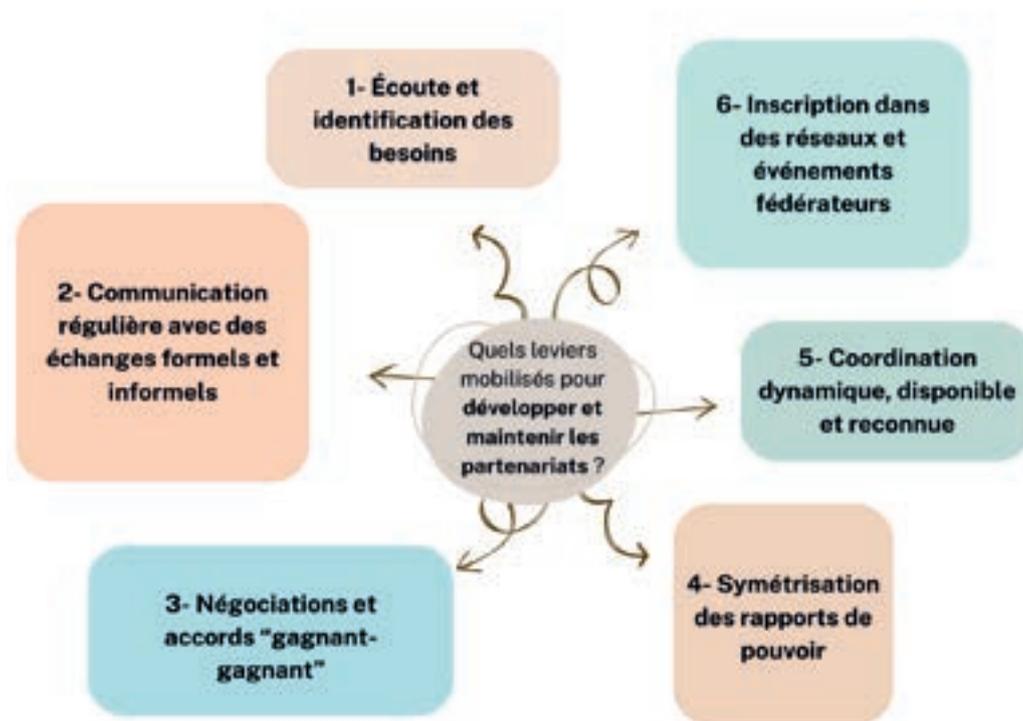


Figure 12 - Leviers du partenariat mobilisés au sein des projets capitalisés

1. La proposition d'actions et de dispositifs basés sur l'écoute des acteurs et l'identification de leurs besoins : plusieurs projets capitalisés ont été créés à partir de remontées sur les besoins des professionnels de terrain, voire en coconstruction avec eux (voir notamment la [PJSM](#)).

2. Une communication régulière, privilégiant les contacts en présentiel, formels et informels. Une communication ouverte et soutenue est reconnue comme un levier d'efficacité des partenariats en promotion de la santé. Tous les acteurs des projets s'attachent à échanger régulièrement avec les partenaires institutionnels et opérationnels sur leurs missions, leur fonctionnement, l'évolution de leur équipe, etc. Selon S. Tordjman, « le temps dévolu à la constitution et entretien d'un réseau est souvent conséquent, voire considérable, mais il est indispensable à l'efficacité et à la survie même de l'équipe mobile. Cela passe, entre autres, par la nécessité d'informer et rendre compte de notre travail à nos partenaires » (Tordjman, 2022).

3. La capacité à mener des négociations et des accords « gagnants-gagnants » tout en affirmant son rôle et ses missions. Une controverse est une « discussion argumentée sur une situation donnée, un phénomène, un problème, une voie d'action. La controverse rassemble les éléments divergents du débat sur une question précise » (Bilodeau et al., 2019). **Leur résolution – plutôt que leur évitement – dans le cadre des partenariats intersectoriels est source d'innovation.** Comme le précise Hortense Bret-Béziat, psychologue de rue au sein de l'association [Hors la rue](#) : « Bien que nous ne partagions pas une vision commune en raison de nos dispositifs et de nos fonctionnements distincts, l'objectif est que nous convergions vers une vision partagée et partageable de la situation du jeune ». Les acteurs interviewés nous ont fait part de plusieurs situations où des négociations ont permis de trouver des solutions satisfaisantes pour toutes les parties prenantes (emplacement du camping-car de la [MDA 08](#) ou sensibilisation des enseignants dans [IDEO](#), par exemple).

4. Une symétrisation des rapports de pouvoir : la reconnaissance des compétences de chacun et de leur complémentarité est un élément important pour permettre ces négociations et résolutions des controverses, tout en maintenant le partenariat. Cette symétrisation est d'autant plus nécessaire que la santé mentale des jeunes concerne des acteurs de secteurs multiples, aux statuts différents. Comme l'exprime le Dr Thibault Ernouf, Chef de secteur G01 Ville Evrard (PJSM) : « **Nous avons adopté une approche collaborative en nous mettant à leur écoute, en nous positionnant dans une posture d'écoute active pour comprendre leurs besoins et leurs attentes. Cela a impliqué de descendre du piédestal médical traditionnel pour favoriser un dialogue ouvert et constructif.** »

5. Une coordination dynamique, disponible, reconnue comme légitime et ancrée sur un territoire. Les coordonnateurs de certains projets se placent en position de médiateurs du partenariat (Clavier, 2010), maniant des leviers spécifiques pour maintenir les dynamiques intersectorielles autour de leur projet (voir encadré ci-contre).

6. L'inscription dans les instances et réseaux et la participation aux événements rassembleurs. Tous les acteurs rencontrés s'investissent dans des réseaux au niveau local (Contrats locaux de santé (CLS), Conseils locaux de santé mentale (CLSM), Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), groupes de travail, commissions diverses, etc.) et/ou régional ou national (fédérations nationales par exemple). Ces espaces de rencontres régulières permettent de favoriser une interconnaissance, de développer une culture commune et de coordonner certaines actions en faveur des jeunes. Ils contribuent aussi à l'ancrage des projets sur un territoire et à leur reconnaissance institutionnelle.

Ces différents leviers du partenariat ne sont pas spécifiques aux projets d'aller-vers en santé mentale, mais **communs aux approches territoriales en promotion de la santé**. S'ils relèvent de manières de faire habituelles pour plusieurs acteurs (Maisons des adolescents, associations de prévention spécialisée, etc.), ils témoignent d'une évolution des pratiques pour certains professionnels. Comme le résume le Dr Thibault Ernouf, Chef de service G01 de l'hôpital Ville-Evrard (PJSM) : « *Je considère que la plateforme Jeunesse & Santé Mentale avec l'instance de concertation était le dispositif le plus connecté sur le territoire auquel j'avais accès. [...] Le travail en réseau est, selon moi, d'une importance cruciale pour les systèmes et les services de santé. Il est essentiel d'être pleinement connecté à notre territoire pour en comprendre les enjeux.* »

LA FONCTION DE COORDINATION DANS LE CADRE DE PARTENARIATS INTERSECTORIELS : DES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES (CLAVIER, 2010)

Selon C. Clavier, les coordonnateurs sont essentiels à la réussite des partenariats intersectoriels en promotion de la santé. Agissant comme des « **médiateurs** » dont la **légitimité est reconnue par les partenaires**, ils mobilisent :

- des **connaissances** spécifiques ;
- des **compétences méthodologiques** en santé publique, animation de partenariats et gestion de projet ;
- des **savoirs relationnels** : capacité d'écoute et investissement sur le territoire afin de développer des liens de confiance, notamment. La **personnalité** des coordonnateurs des programmes semble en outre un « élément essentiel à la cohésion du partenariat et à l'élaboration d'un projet partagé » (Clavier, 2010).

Pour aller plus loin, voir les projets [IDEO](#), [PJSM](#) et [NOMADDO](#).

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

Qui sont les acteurs du territoire et les réseaux existants en lien avec les déterminants de la santé mentale des jeunes ?

Quels liens de collaboration sont entretenus par ma structure avec quels acteurs, et quelles évolutions sont envisagées ?

Quels sont les besoins de ces acteurs et comment mon dispositif pourrait-il les prendre en compte ? Quelles actions sont prévues pour recueillir ces besoins ?

Du temps de coordination est-il financé ? Quelles compétences seront recherchées chez la personne responsable de la coordination ? (...)

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

(...) À quelle fréquence l'équipe rencontrera-t-elle les partenaires? Quels moyens et canaux l'équipe va-t-elle mobiliser pour communiquer auprès de chacun entre les rencontres?

Des événements rassembleurs et actions communes seront-ils prévus?

Comment favoriser la convivialité et les échanges informels?

Pour aller plus loin, voir le [site Guide Up](#) « Le partenariat en cinq étapes » de l'IREPS ARA

4.4 Co-construire avec les jeunes leurs parcours (empowerment), co-construire avec eux les projets en santé mentale

L'appel à projet « Santé des jeunes : soutenir les jeunes en souffrance psychique » de la Fondation de France demandait aux structures porteuses de projets de « démontrer leur capacité à co-construire la démarche de repérage ou de soins avec les jeunes eux-mêmes ou avec leurs proches ». La co-construction représente un niveau élevé de participation, selon les échelles de participation telles que celle de S. Arnstein (Arnstein, 1969) ou celle simplifiée de Lisode (Equipe Lisode et al., 2017).

Pour analyser le degré de participation des jeunes observés dans les neuf projets capitalisés, plusieurs grilles de lecture sont possibles. Lorsque l'on évoque ce sujet, il s'agit tout d'abord de bien préciser si l'on considère la participation des jeunes à leur accompagnement, qu'il s'agisse de les impliquer pour co-construire leur parcours de prise en charge ou leur parcours de vie, ou bien la participation des jeunes et de leurs proches à la conception même du projet. Plusieurs grilles conceptuelles peuvent être mobilisées pour discuter de ces enjeux et nous en mobiliserons successivement deux : celle des échelles de participation de l'équipe Lisode (Equipe Lisode et al., 2017), puis celle proposée par Y. Abidli, V. Dubois et C. Mahieu dans leur article « *La participation des patients en santé mentale : vers un cadre d'analyse des pratiques* » (Abidli et al., 2021).

Comment les opérateurs ont-ils été en position d'organiser la co-construction de leurs projets et de la démarche de repérage telle que demandée dans l'appel à projets ? Quelles formes de participation, de co-construction ou d'empowerment a-t-il été possible de mettre en œuvre ? Si cela n'a pas été le cas, les projets capitalisés ont-ils néanmoins pu favoriser le pouvoir d'agir des jeunes et de leur entourage ?

PARTICIPATION ET CO-CONSTRUCTION DE DÉMARCHES D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE

La co-construction avec les jeunes peut faire référence à un degré moyen-élevé de participation selon l'échelle d'Arnstein (voir figure page suivante et (Equipe Lisode et al., 2017)). Cette première grille permet de réfléchir à la participation des jeunes au(x) projet(s), hors du cadre de la prise en charge clinique.



(c) P. Garin - Échelle des degrés de participation (Lisode, 2017 ; Arnstein, 1969). - Source : Researchgate.net

Figure 13 – Échelle des degrés de participation

La co-construction est considérée comme l'un des moyens les plus efficaces, avec la codécision, pour favoriser véritablement l'empowerment de la personne. L'empowerment, concept anglo-saxon, recouvre à la fois les notions d'autonomisation et de pouvoir d'agir, permettant à une personne d'être active dans sa vie et de mener le changement qu'elle souhaite et qu'elle définit elle-même.

L'objectif de participation active des bénéficiaires à la co-construction des projets vers lequel l'appel à projets de la Fondation de France invite à tendre ne peut pas se traduire uniformément d'un projet à l'autre, notamment car les objectifs poursuivis par ces projets et les situations de souffrance émotionnelle et psychique des jeunes accompagnés varient de façon importante. Ainsi, on observe dans les projets des formes de participation différentes et d'intensité variée.

EN PRATIQUE : UNE PARTICIPATION ACTIVE DES JEUNES RECHERCHÉE À DIFFÉRENTS NIVEAUX

Co-production de messages de prévention par les jeunes à destination des jeunes

Sans qu'il s'agisse de co-construction au sens des échelles de la participation stricto sensu, on observe dans certains projets (IDEO par exemple) les jeunes participent à l'écriture de messages de prévention. Ce type de participation, présente en marge des projets, peut être perçue comme symbolique, en référence au concept du tokénisme d'Arnstein.

Ainsi, dans le cadre du projet IDEO, les lycéens ont été encouragés à créer des messages de prévention destinés à leurs pairs, à la suite de deux ateliers de sensibilisation et de déstigmatisation à la santé mentale. Certains de ces messages ont ensuite été sélectionnés selon des critères de promotion de la santé et après un vote des jeunes, puis affichés sur les panneaux de la ville de Troyes pendant plusieurs semaines.

Participation à l'élaboration de projets personnels dans le cadre des accompagnements

Une participation active ou relative du jeune est souvent observée pour les projets proposant une prise en charge personnalisée et complexe en dehors des soins psychiatriques. La co-construction est essentielle, autant que la libre adhésion du jeune au projet co-élaboré. Dans le cadre d'une alliance psycho-éducative et dans une approche globale, le jeune travaille sur divers aspects de sa vie, notamment sa formation, son projet personnel et sa place dans la famille.

Co-construction de projets collectifs avec les jeunes

Certains acteurs, comme le club de prévention AVANCE (projet INTERFACE) ou la MDA 08, proposent également d'autres activités que celles recensées dans les démarches de capitalisation, reposant sur une co-construction de projets collectifs avec les jeunes. Répondant à leurs besoins identifiés lors de discussions approfondies, ces activités contribuent également au renforcement de la santé mentale, car en lien avec la gestion des émotions, l'acquisition de nouvelles compétences psychosociales, etc.

EN PRATIQUE : PEU OU PAS DE PROJETS CAPITALISÉS OÙ LES JEUNES PARTICIPENT À LA CO-CONSTRUCTION DU PROJET LUI-MÊME, À SA GOUVERNANCE OU À LA CO-DÉCISION AU SEIN DU PROJET

Les démarches d'aller-vers qui visent à repérer et amorcer une prise en charge des jeunes n'ont pas été co-construites avec les jeunes, pour plusieurs raisons. La première est qu'il est difficile de co-construire un aller-vers avec ceux qui ne demandent rien (voir chapitre 3.1). La seconde est que les modalités d'intervention et les situations rencontrées sont très diverses, allant d'intervention de prévention auprès de jeunes qui présentent des problématiques non urgentes, à des prises en charge pour des jeunes présentant des symptômes relevant parfois de l'urgence vitale (premier épisode psychotique, crise suicidaire...).

Par ailleurs, plusieurs difficultés pour co-construire avec les jeunes, même quand l'objectif poursuivi s'y prête, ont été identifiées par les acteurs. Certains ont souligné des défis liés à la gestion du temps pour une meilleure implication des jeunes dans la construction des projets de repérage. Toutefois, plusieurs envisagent ce type de participation pour l'avenir, sous réserve de parvenir à assurer la pérennité de leur projet (c'est le cas de NOMADDO par exemple).

Si la gouvernance des projets n'implique aujourd'hui pas les jeunes ni leur famille, on peut en revanche relever dans certains projets capitalisés un niveau élevé de participation de professionnels partenaires, voire de codécision. Il s'agit notamment de la plateforme PJSM, où la co-construction du dispositif avec des professionnels travaillant avec les jeunes, tels que les travailleurs sociaux, les psychologues de l'éducation nationale et les médecins généralistes, a été remarquable. Les associations d'usagers sont parfois également mobilisées (EM Lille ou CALIPSO par exemple). Mais cette initiative n'a pas été initiée par les jeunes accompagnés eux-mêmes, qui ne participent pas non plus à sa gouvernance.

EN PRATIQUE : RENFORCER L'AUTODÉTERMINATION DES JEUNES

Au sein de plusieurs projets, les professionnels encourageant la participation des jeunes dans la construction de leur projet personnalisé (projets CALIPSO, EM Lille, INTERFACE et EMR 60) par le renfort de l'autodétermination.

L'autodétermination, définie comme la capacité à prendre soi-même les décisions qui régissent sa vie, regroupe des concepts clés dans les sociétés démocratiques tels que la liberté individuelle et l'indépendance. Cette notion revêt une importance capitale dans le domaine de la santé mentale, en particulier pour une population jeune. Dans les projets capitalisés, les concepts de liberté et de libre adhésion ont été largement mis en avant, notamment dans les actions proposées aux jeunes dans le cadre de la prévention, de la promotion de la santé ou en milieu ouvert, comme l'illustrent les initiatives de la MDA 08, Hors la rue et INTERFACE. La notion d'autodétermination est essentielle en santé mentale car elle passe aussi par le contrôle exercé sur sa propre santé et les traitements reçus, notamment dans les cas de maladies mentales sévères.

LA CO-CONSTRUCTION DU PARCOURS DE SOIN ET DU PROJET PERSONNALISÉ EN PSYCHIATRIE

Dans leur méta-analyse, Abidli, Dubois et Mahieu (Abidli et al., 2021) explorent la façon dont le concept de participation est actualisé chez les patients en santé mentale. Dans un contexte où la notion de participation gagne en importance, les auteurs proposent une conceptualisation de la place du patient dans la relation du soin basée sur trois approches : participation linéaire, conditionnelle ou inconditionnelle, ainsi que le détaille la figure suivante. Cette seconde grille permet de réfléchir à la participation des jeunes sur le volet de la prise en charge en soins.



Figure 14 – Idéaux de participation en santé mentale, tiré de Abidli et al., 2021.

LA PARTICIPATION LINÉAIRE : INADAPTÉE AU CONTEXTE D'INTERVENTIONS D'ALLER-VERS ET AUX JEUNES

La participation linéaire renvoie à une vision biomédicale centrée sur le patient en tant qu'utilisateur régulier du secteur psychiatrique. Elle n'est pas adaptée à un contexte d'aller-vers, où le professionnel recherche l'alliance thérapeutique et à favoriser l'autodétermination des jeunes qu'il accueille. Les projets capitalisés ne s'inscrivent pas dans un cadre clinique, où la participation linéaire peut faire sens dans le cadre d'un traitement. De plus, l'objectif de nombreux professionnels est justement d'éviter de poser, chez le public jeune, un diagnostic prématuré, lequel est susceptible de devenir lui-même stigmatisant.

L'EMPOWERMENT EN PSYCHIATRIE ET LA PARTICIPATION CONDITIONNELLE

Dans la méta-analyse portant sur la participation des patients, les chercheurs observent une récurrence de deux termes : l'empowerment et le rétablissement. Ces deux notions convergent vers l'idée centrale de permettre au patient d'exister à la fois en tant qu'individu et en tant que citoyen, faisant partie intégrante d'un écosystème dont il dépend, avec des ressources disponibles pour soutenir son parcours. Les auteurs mettent en avant que la confiance mutuelle, la coopération, le respect et le partage du pouvoir sont des éléments porteurs d'une pratique d'empowerment. Cependant, ils signalent que dans certaines situations critiques où la décision autonome est rendue impossible (telles que les déficits intellectuels, les handicaps, etc.), certains professionnels peuvent renoncer à cette pratique. Ainsi la perception, le rapport et l'exercice du pouvoir professionnel vont influencer le soutien à l'action des personnes quand ces dernières sont en situation de grande vulnérabilité. Ces constats conduisent les auteurs à définir une forme de **participation dite conditionnelle**, où des preuves de responsabilisation seront demandées au patient.

LE RÉTABLISSMENT EN PSYCHIATRIE ET LA PARTICIPATION INCONDITIONNELLE

Le rétablissement (*recovery*) est un concept central dans la manière de penser actuellement la transformation des services en psychiatrie. Ce concept promeut l'idée que les patients, même confrontés à des pathologies lourdes, peuvent vivre de manière épanouie en apprenant à gérer leur maladie. Elle se base sur une approche porteuse de sens et une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. Ce concept est en lien avec la **participation inconditionnelle** dans la typologie d'Abidli, Dubois et Mahieu, qui partage la responsabilité entre le patient et le soignant. Cette approche écosystémique de la participation se concentre sur l'individu à accompagner en cherchant à optimiser l'utilisation des ressources dont il dispose. L'objectif principal est de soutenir la réalisation d'un projet individualisé.

Cette approche d'un projet personnalisé à soutenir a été partagée par tous les psychiatres impliqués dans les actions capitalisées.

Le projet CALIPSO illustre une forme de participation de ce niveau à travers une stratégie d'intervention clairement structurée, pour les jeunes :

- **La volonté de présenter une vision positive de la psychiatrie** avec l'approche « Youth friendly » ;
- **Un accompagnement des familles** et la volonté de les impliquer ;
- **Des case managers au cœur d'une équipe pluriprofessionnelle** ;
- **La présence d'une pair-aidante professionnelle au sein de l'équipe** ;
- **La mise en place d'outils et de protocoles qui favorisent l'autodétermination des jeunes.**

Pour renforcer l'autodétermination, l'équipe du CALIPSO propose différents outils, certains étant des contrats signés et/ou coconstruits avec le jeune : le plan de crise conjoint, le plan de suivi individualisé, l'éducation thérapeutique et les groupes de parole. Pour les contributeurs de la capitalisation de CALIPSO, ces outils visent à « trouver les ressources pour reprendre un plus grand contrôle sur certaines dimensions de leur vie et sur la maladie. Bien se

connaître et comprendre comment les troubles s'expriment, de manière particulière chez chacun, est essentiel. Le risque de rechute est discuté et le jeune doit apprendre à identifier les signes et symptômes précoces d'une possible rechute ». Par exemple, le plan de crise conjoint permet à la personne de décider des démarches à effectuer en cas de nouvel épisode psychotique. En le signant, il s'engage, ainsi que les soignants, à le respecter. C'est ainsi un moyen de maintenir la participation même en cas de crise.

UN PROFESSIONNEL « FIL ROUGE » AU SERVICE DU PROJET DE VIE : LE CASE MANAGER (EARLY PSYCHOSIS PREVENTION AND INTERVENTION CENTRE (EPPIC) ET AL., 2012)

Au cœur l'accompagnement des personnes dès l'émergence de troubles psychotiques, les *case managers* interviennent au sein d'une équipe d'intervention précoce (IP) pluriprofessionnelle. Ils co-construisent **avec chaque jeune un projet tenant compte de ses besoins, ressources et souhaits pour sa vie**. Ils l'accompagnent vers le renforcement progressif de son autonomie, et coordonnent l'action des différents professionnels de l'équipe d'IP à laquelle il appartient, mais aussi de nombreux autres acteurs du territoire.

Le *case manager* collabore ainsi avec tous les professionnels et structures qui agissent sur les déterminants de la santé mentale : assistantes sociales, missions locales, structures d'insertion professionnelle, professionnels de santé libéraux, associations sportives ou de loisirs, acteurs du logement, etc.

Pour aller plus loin, voir le projet [CALIPSO](#).

QUELLE PARTICIPATION METTRE EN ŒUVRE EN FONCTION DU NIVEAU DE SOUFFRANCE ÉMOTIONNELLE ET PSYCHIQUE ?

On peut définir la promotion de la santé mentale comme un processus apportant aux individus et aux communautés la capacité **d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé mentale** et donc d'améliorer leur santé mentale, en référence à la définition de la promotion de la santé promue par l'Organisation mondiale de la santé. En ce sens, l'exploration des dynamiques de participation observées dans les actions capitalisées a révélé des compétences étendues en promotion de la santé mentale chez l'ensemble des opérateurs. Les interventions axées sur les déterminants de la santé mentale contribuent au renforcement des capacités des jeunes et de leur entourage et à leur autodétermination.

Nous avons vu dans ce dernier chapitre que l'objectif de participation des jeunes et de co-construction des projets est plus difficile à atteindre. Malgré les défis rencontrés, la participation active des jeunes peut être réalisée dans de nombreux types de projets, des projets en santé mentale peuvent soutenir l'empowerment des jeunes et la participation inconditionnelle dans certains parcours en psychiatrie peut être mise en place.

La figure (page suivante) récapitule différentes activités offrant un potentiel de co-construction de projets ou de participation des jeunes à leur suivi, en fonction du niveau de souffrance émotionnelle ou psychique vécue.

Cependant des défis sont existents encore. Dans la plupart des projets, l'absence des patients ou de représentants dans le processus décisionnel concernant les dispositifs est regrettée. Si certains projets comme l'[EM Lille](#) établissent un suivi de la satisfaction des patients par questionnaire, l'absence d'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires des dispositifs peut être déplorée dans plusieurs des actions capitalisées. La collaboration étroite avec les associations de patients semble être un levier pour favoriser cette prise en compte.

CO-CONSTRUCTION POTENTIELLE DE PROJETS AVEC LES JEUNES ET LEUR ENTOURAGE

Selon le contexte

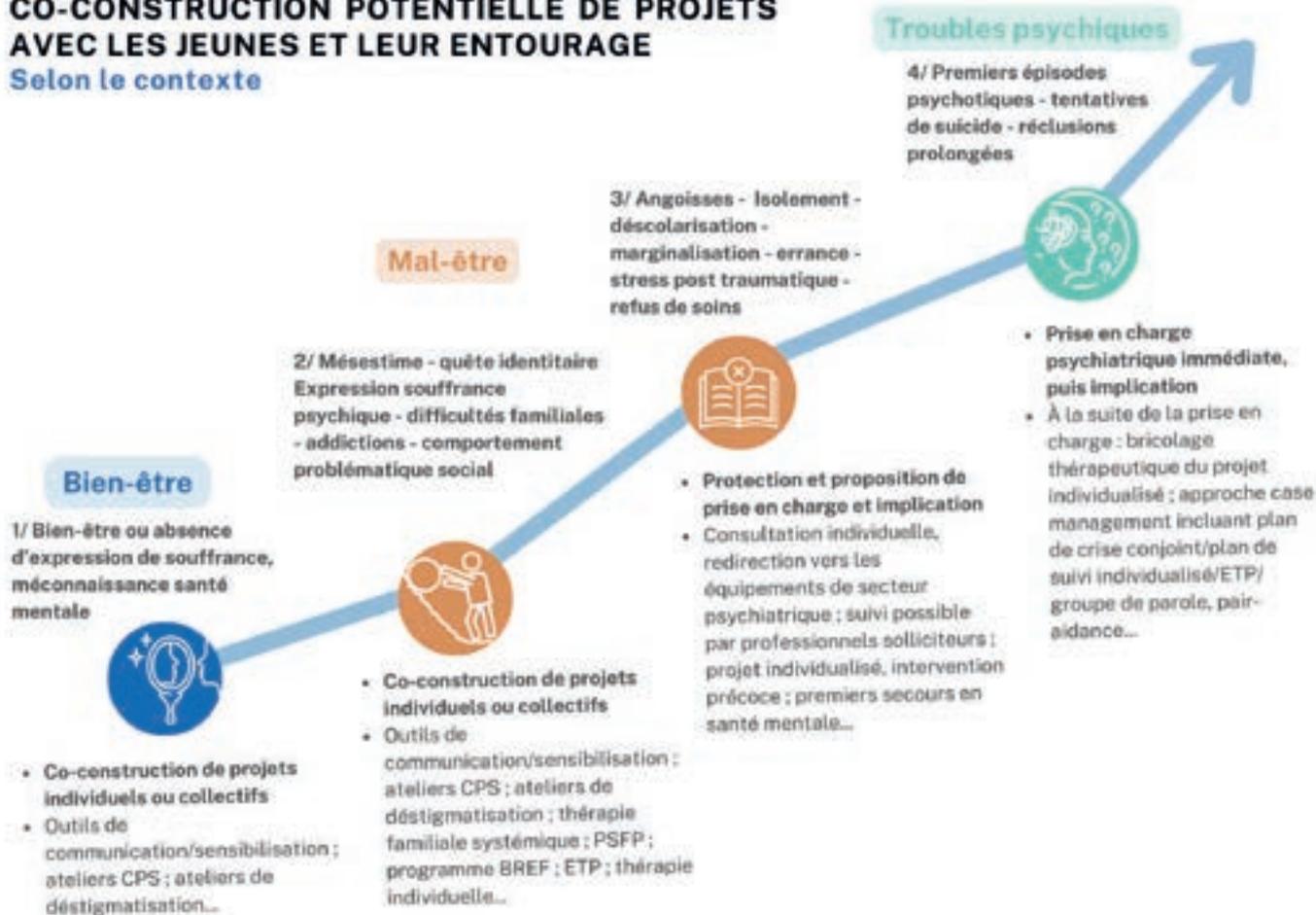


Figure 15 - Construire la participation selon les différents contextes rencontrés

JE MONTE UN PROJET D'ALLER-VERS EN SANTÉ MENTALE DES JEUNES : QUELQUES EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER

Quelle participation est attendue des jeunes ?

Quels dispositifs / outils seront mobilisés pour favoriser la participation des jeunes à leur accompagnement et le développement de leur pouvoir d'agir ?

Les jeunes seront-ils associés à la conception du projet ? Comment l'expression de leurs besoins sera-t-elle favorisée et recueillie ?

Les jeunes seront-ils associés à la gouvernance et aux décisions concernant le projet ?

Des associations d'usagers ou de patients seront-elles impliquées dès les premières phases de construction du projet ?

EN GUISE DE CONCLUSION

Les neuf projets capitalisés, bien qu'issus de champs différents et ayant des modalités d'aller-vers et des fonctionnements variés, partagent plusieurs enjeux. Comme nous l'avons vu, la question de la pérennisation et du financement, au-delà des phases d'amorçage ou d'expérimentation, est souvent prégnante. Nous souhaitons pour conclure partager quelques réflexions qui émergent à partir de l'analyse des capitalisations et des enjeux soulevés dans ce chapitre, et qui pourraient intéresser **les acteurs et institutions qui soutiennent ces actions**.

Dans l'ensemble des projets, les usagers sont placés au cœur du projet de soin et/ou d'accompagnement. Le **renforcement de leur pouvoir d'agir** est à la fois un objectif et un processus d'intervention. Les professionnels rencontrés ont insisté sur la « **posture d'aller-vers** » qu'ils incarnent, qui dépasse la question de la mobilité physique, dans un contexte qui est souvent celui d'une non-demande de la part des jeunes. Cette posture implique de ne pas « vouloir pour » et d'accompagner les personnes en **respectant leur volonté et leur temporalité**, souvent éloignées de celles des institutions. Il est donc important que le montage et le financement des projets prennent en considération le fait que **les résultats des actions ne peuvent être entièrement prédéfinis en amont de leur mise en œuvre**.

L'évaluation doit donc pouvoir tenir compte de cette adaptabilité des objectifs et de cette temporalité, notamment à travers la construction d'indicateurs relatifs à des résultats intermédiaires (en termes d'évolution et d'autonomisation des jeunes notamment). Des analyses qualitatives seraient complémentaires des bilans des actions qui peinent souvent à traduire leur fonctionnement et leurs effets de manière plus fine. **Soutenir une plus grande participation des jeunes eux-mêmes au processus d'évaluation** – au-delà du seul recueil de leur satisfaction – permettrait à la fois une cohérence avec les objectifs d'autonomisation portés par les projets et une compréhension plus globale des effets des interventions.

Un autre enjeu soulevé par les porteurs de projet est la transversalité nécessaire pour agir en matière de promotion et de renforcement de la santé mentale des jeunes. Cette transversalité est constitutive d'une approche globale des jeunes et de leur situation et permet d'agir sur l'ensemble des déterminants de leur santé mentale. Si les professionnels investissent tous une énergie importante pour tisser des liens avec les acteurs d'autres champs que le leur, ils se heurtent parfois à des logiques sectorielles et au fonctionnement « en silo » des institutions. Plusieurs acteurs rencontrés mènent ainsi un véritable travail de plaidoyer, montrant qu'une approche globale de la santé mentale prenant en compte une multiplicité de déterminants implique de fait **des partenariats larges et à plusieurs niveaux d'action publique sur les territoires. Le temps et les compétences dédiés à la construction et au maintien de ces partenariats intersectoriels ne doivent pas être sous-estimés** dans le financement des projets. Une période d'amorçage et d'ancrage progressif suffisamment longue est à ce titre souvent essentielle.

Enfin, l'attention portée à la qualité de vie au travail et au risque d'usure des professionnels qui « vont vers » les jeunes au quotidien est cruciale. Qu'ils aient été prévus initialement dans le montage des projets ou reconnus comme indispensables par la suite, des **temps formels d'analyse de pratiques ou de supervision**, voire des démarches formalisées de réduction des risques psychosociaux, ont été mis en place dans la plupart des équipes rencontrées. De manière complémentaire, les facteurs protecteurs mis en avant par les professionnels, comme la **cohésion au sein des équipes, le soutien à la créativité ou la possibilité de monter régulièrement en compétence** nécessitent du temps et des financements dédiés. Comme l'évoque l'une des professionnelles d'un projet capitalisé : « *par homologie, les institutions ont les symptômes des publics qu'elles accompagnent* » (voir la fiche de [Hors la rue](#)) : il existe en effet un enjeu important pour les organisations à promouvoir la santé mentale et favoriser la reconnaissance et le développement du pouvoir d'agir des équipes qui poursuivent ces mêmes objectifs auprès des jeunes. Dans un contexte d'augmentation des besoins, **replacer les actions au sein du spectre plus global des déterminants structurels et sociaux de la santé mentale** donne à voir la complémentarité des secteurs et des niveaux d'intervention, tout en évitant de faire peser la responsabilité des écueils et difficultés de prise en charge sur les seules épaules des professionnels de terrain, des jeunes ou de leur famille.

5

Synthèse

Tout l'intérêt d'une démarche de capitalisation est de pouvoir connaître en profondeur les mécanismes d'intervention d'un projet, de découvrir le récit d'une intervention par celles et ceux mêmes qui l'ont mis en œuvre, bref, de plonger dans la lecture des fiches de capitalisation.

C'est pourquoi nous vous encourageons à découvrir les neuf projets capitalisés, en parcourant les fiches de capitalisation produites dans le cadre de ce projet.

Des savoirs issus de l'expérience des professionnels qui ont porté ces neuf projets, nous avons tiré des enseignements transversaux, qui nous ont conduits à présenter différentes modalités d'intervention dites « d'aller vers les jeunes en santé mentale » et à interroger quatre grands enjeux traversant l'ensemble de ces projets, développés dans les chapitres précédents :

- Comment porter une approche globale du jeune et de ses problématiques en tenant compte d'un maximum de déterminants qui affectent sa santé mentale ?
- Comment travailler la posture des professionnels pour être réellement dans l'aller-vers ?
- Comment travailler en intersectorialité ?
- Comment permettre une grande participation des jeunes à ces projets ?



Quelles conclusions retenir ? Vous pouvez vous référer à la conclusion de la 4e partie, quelques pages plus haut, qui présente quelques enjeux clés et pistes de réflexions liées, qui pourraient intéresser les acteurs et institutions qui agissent dans le champ et soutiennent ces actions.

Vous pouvez aussi parcourir le memento compilé ci-dessous. En analysant les différentes fiches, des problématiques partagées et des questionnements sur les choix à faire sont apparus de façon récurrente. Nous vous en proposons une synthèse, sous forme d'une liste des questions à ne pas oublier de se poser au moment de construire son projet !



MÉMENTO À DESTINATION DE PROFESSIONNELS QUI SOUHAITERAIENT METTRE EN ŒUVRE DES PROJETS : QUELLES QUESTIONS SE POSER ?

Modalités d'aller-vers



L'équipe travaillera-t-elle à partir de la demande des jeunes ou en situation de « non-demande » ?

Quels sont les habitudes et les lieux de vie et d'activité des jeunes que l'on souhaite accompagner ? Dans quels espaces et à quels moments les professionnels iront-ils à leur rencontre ?

Si les contacts ont lieu dans l'espace public, des modalités seront-elles prévues pour poursuivre les entretiens dans un lieu calme, contenant (salle dédiée au sein d'une structure, véhicule aménagé, ou même mobilier public (abribus par exemple)) ?

Le recrutement de professionnels expérimentés et/ou des formations concernant les spécificités de l'intervention à domicile et/ou en rue sont-ils prévus ?

Quelles modalités sont envisagées pour rejoindre les jeunes les plus isolés (socialement, géographiquement, réclusion à domicile, etc.) ?

Si un véhicule (van ou camping-car aménagé) est prévu dans le projet, qui se chargera de l'entretien (gestion partagée en équipe ou personne responsable) ?

Pluriprofessionnalité

Quelles disciplines seront associées au sein de l'équipe ? Dans quel objectif ?

Les interventions auprès des jeunes seront-elles systématiquement réalisées en binôme ? Comment celui-ci sera-t-il composé ? Sera-t-il fixe ou évoluera-t-il au cours de l'accompagnement ?

Les professionnels consacreront-ils la totalité de leur temps de travail à l'équipe mobile/au travail à l'extérieur ou interviendront-ils également au sein de la structure ?

Les professionnels se présenteront-ils sous leur casquette « métier » auprès des jeunes ou de manière générique (« accueillant » ou uniquement par leur nom ou prénom par exemple) ?

Quels dispositifs sont prévus pour éviter l'usure et l'épuisement professionnels ?

Financement et pérennisation

Quels appels à projets/subventions vais-je cibler pour mettre en œuvre mon projet ?

Le projet s'appuie-t-il sur des connaissances scientifiques actuelles et/ou constitue-t-il une innovation ?

Quelles sources de financement pourront être mobilisées après la phase d'expérimentation pour permettre au projet de fonctionner de manière pérenne ?

Le dimensionnement de l'équipe est-il adapté aux financements dont pourra bénéficier le projet après sa phase initiale ?

L'ensemble des coûts de fonctionnement est-il pris en compte ?

Quelles actions de communication sont prévues pour valoriser le projet au sein et en dehors de la structure ? Quels supports seront réalisés ?

Les médias seront-ils sollicités ? Lesquels ?

Quelle place occupera le projet au sein de la structure ? Son développement pourra-t-il bénéficier du soutien de cette structure ?

Prise en compte des déterminants de la santé mentale

Quels déterminants de la santé mentale impactent l'état de santé des jeunes accompagnés dans le cadre de mon projet ?

Sur quels déterminants faudrait-il agir, compte tenu de la problématique repérée ?

Sur quels déterminants sera-t-il possible d'agir et d'avoir un impact grâce au projet ? Sur quels déterminants structurels ne sera-t-il pas possible d'avoir un impact réel et direct ?

Est-ce que mon projet prend en compte le statut économique des jeunes et comment peut-il permettre son renforcement ?

Quels seront les partenaires à mobiliser pour agir sur les déterminants identifiés ?

Posture d'aller-vers et intégration des familles

Qu'est-ce qui sera privilégié lors du recrutement des professionnels : le diplôme ou la capacité à adopter une posture décentrée et à ne pas « vouloir pour » ? Des formations seront-elles prévues ?

Quels éléments permettront de rendre mon service accessible et accueillant pour les jeunes (horaires, situation géographique, aménagement de l'espace, etc.) ?

Quelles seront les « règles d'accueil » : sur rendez-vous ou pas ? Les personnes continueront-elles à être accompagnées même si elles n'honorent pas un ou plusieurs rendez-vous ?

Quelle place est prévue pour les familles au sein de mon projet ?

Des actions spécifiques leur seront-elles destinées et/ou vers quels acteurs pourront-elles être orientées ?

Pour les jeunes mineurs, l'accueil sera-t-il anonyme ou les familles seront-elles informées ?

Partenariats intersectoriels

Qui sont les acteurs du territoire et les réseaux existants en lien avec les déterminants de la santé mentale des jeunes ?

Quels liens de collaboration sont entretenus par ma structure avec quels acteurs, et quelles évolutions sont envisagées ?

Quels sont les besoins de ces acteurs et comment mon dispositif pourrait-il les prendre en compte ? Quelles actions sont prévues pour recueillir ces besoins ?

Du temps de coordination est-il financé ? Quelles compétences seront recherchées chez la personne responsable de la coordination ?

À quelle fréquence l'équipe rencontrera-t-elle les partenaires ? Quels moyens et canaux l'équipe va-t-elle mobiliser pour communiquer auprès de chacun entre les rencontres ?

Des événements rassembleurs et actions communes seront-ils prévus ?

Comment favoriser la convivialité et les échanges informels ?

Participation des jeunes et empowerment

Quelle participation est attendue des jeunes ?

Quels dispositifs / outils seront mobilisés pour favoriser la participation des jeunes à leur accompagnement et le développement de leur pouvoir d'agir ?

Les jeunes seront-ils associés à la conception du projet ? Comment l'expression de leurs besoins sera-t-elle favorisée et recueillie ?

Les jeunes seront-ils associés à la gouvernance et aux décisions concernant le projet ?

Des associations d'usagers ou de patients seront-elles impliquées dès les premières phases de construction du projet ?

6

Bibliographie

Abidli, Y., Dubois, V., & Mahieu, C. (2021). La participation des patients en santé mentale : Vers un cadre d'analyse des pratiques. *Santé Publique*, 33(2), 265-274. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-2-page-265.htm>

Achard, C. (2022). La place de carrefour de la prévention spécialisée : Une réponse possible au phénomène dit d'« incasabilité » des jeunes en difficultés multiples ? *Sciences & Actions Sociales*, 17(1), 114-141. <https://www.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2022-1-page-114.htm>

Achiba, M., Draibina, S., Stéphane Legrand, Ismaël Taubira, Abdel Ziani, & Évelyne Jean-Gilles. (2023). Projet « INTERFACE » [Action menée par : Club de prévention spécialisée AVANCE – Villeneuve-d'Ascq (59)]. Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 22. www.capitalisationsante.fr/capitalisations/projet-interface/

Ambresin, A.-E., Michaud, P.-A., & Haller, D. M. (2014). Services « amis des jeunes » : Promouvoir des soins adaptés aux adolescents. *Rev Med Suisse*, 434, 1278-1281. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-434/services-amis-des-jeunes-promouvoir-des-soins-adaptes-aux-adolescents>

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Avenel, C. (2022). « L'aller vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non recours aux droits ». Entretien réalisé par Géry, Y. *La Santé en Action*, 458, 8-9. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/l-aller-vers-permet-de-faire-face-aux-situations-de-decrochage-social-et-de-reduire-le-non-recours-aux-droits-interview#:~:text=Pour%20Cyprien%20Avenel%2C%20la%20d%C3%A9marche,de%20pr%C3%A9vention%2C%20plut%C3%BAt%20que%20de>

Bilodeau, A., Parent, A.-A., & Potvin, L. (2019). Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat, comment ça marche? (Chaire de recherche du Canada Approches communautaires et inégalités de santé, Université de Montréal). http://chairecacis.org/fichiers/intersectorialite_partenariat_2019.pdf

Braconnier, A. (2001). Le temps de l'alliance [Conférence]. In *Adolescence et séparation, trajets de soin, troisième journée de médecine et de santé de l'adolescent. Actes du colloque* (p. 86-94). <https://www.pedopsychiatrie-angers.fr/journees-adolescent/actes2001.pdf>

Caria, A. (2020a). Promouvoir une vision globale de la santé mentale : Un enjeu éthique pour les populations. *La Santé en Action*, 453, 26-28. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/304619/2859322>

Caria, A. (2020b). Promouvoir une vision globale de la santé mentale : Un enjeu politique, social et culturel. *L'information psychiatrique*, 96(3), 173-175. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-3-page-173.htm>

Clavier, C. (s. d.). Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. In L. Potvin, M.-J. Moquet, & C. M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé* (INPES, Vol. 2010, p. 326-333). https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/INPES_Reducire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf

Early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC), Conus, P., Maire, A., & Polari, A. (2012). *Le Case Management Dans La Psychose Debutante : Un Manuel*. Texte original produit par EPPIC. <https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/Case-management-manuel-franc%CC%A7ais.pdf>

Éléments de réflexion pour évaluer et favoriser la pérennité d'un projet | INSPQ. (2022). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/faire-bilan-du-projet/elements-reflexion-evaluer-favoriser-perennite-d-projet>

Equipe Lisode, Mathieu Dionnet, Amar Imache, Elsa Leteurtre, Jean-Emmanuel Rougier, & Aleksandra Dolinska. (2017). *Guide de concertation territoriale et de facilitation*.

Estevez, M., Vandentorren, S., Oppenchaim, N., Rezzoug, D., De Stefano, C., & Khireddine-Medouni, I. (2022). Déterminants sociaux associés à la détresse psychologique des enfants et des adolescents en pandémie de Covid-19. *La Santé en action*, 461. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/549405/3973509?version=1>

Garcin, V. (2016). Douze ans d'expérience d'un travail de secteur en équipe mobile auprès d'adolescents : Quels changements sur les représentations ? Quels résultats sur les activités ? L'information psychiatrique, 92(5), 357-364. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-5-page-357.htm>

Gernet, S., & Gosse, F. (2015). L'équipe libournaise d'intervention et de soins aux adolescents (Elisa) : Naissance d'une équipe mobile de pédopsychiatrie en Gironde. L'information psychiatrique, 91(10), 853-860. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-10-page-853.htm>

Guedj, M.-J., & Gallois, É. (2006). La visite à domicile comme réponse à la réclusion de l'adolescent. Enfances & Psy, 30(1), 43-55.

Herbin Léa, Hologne Stéphanie, Jay Magali, Thiery Delphine, Waeles Marie-Émilie (Maison des Adolescents des Ardennes (MDA 08)), Villevall Mélanie (Société Française de Santé Publique (SFSP)). Santé mentale des jeunes en milieu rural : Un bureau et une équipe mobiles [Action menée par : Maison des Adolescents des Ardennes (MDA 08)]. Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2024, 19 pages. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/sante-mentale-des-jeunes-en-milieu-rural-un-bureau-et-une-equipe-mobiles/>, [Dernière consultation : 03/06/2024]. (s. d.). CAPS. Consulté 6 mars 2024, à l'adresse <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/sante-mentale-des-jeunes-en-milieu-rural-un-bureau-et-une-equipe-mobiles/>

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS ARA). (2023). Le partenariat en promotion de la santé : Ce qu'il recouvre, ce qu'il produit et le faire vivre en pratique. Repères en prévention et promotion de la santé. <https://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=1352>

Laurent, A., Ferron, C., Georgelin, B., Lombrail, P., & Soudier, B. (2022). La Capitalisation des expériences en promotion de la santé – Histoire et fondements du projet CAPS (Société Française de Santé publique et Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé). <http://capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/03/Guide-conceptuel-CAPS-VDEF.pdf>

Laurent, A., Soudier, B., Bouhier, F., Ferron, C., Gaspard, S., Georgelin, B., Le Grand, E., & Lombrail, P. (2022). La Capitalisation des expériences en promotion de la santé – cahier pratique (Société Française de Santé publique et Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé). <http://capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/03/CAPS-Cahier-pratique.pdf>

Le Breton, H., & Sabin, G. (2020). Comment les pratiques pédagogiques hors les murs interrogent-elles les protocoles de l'intervention sociale ? Agora débats/jeunesses, 85(2), 23-38.

Lecomte, J. (2017a). 7. La psychologie de la personnalité. In 30 grandes notions de la psychologie: Vol. 2e éd. (p. 36-40). Dunod. <https://www.cairn.info/30-grandes-notions-de-la-psychologie--9782100763474-p-36.htm>

Lecomte, J. (2017b). 8. La psychologie différentielle. In 30 grandes notions de la psychologie: Vol. 2e éd. (p. 41-43). Dunod. <https://www.cairn.info/30-grandes-notions-de-la-psychologie--9782100763474-p-41.htm>

Lemay, L., Marion, É., Tougas, A.-M., Jasmin, E., & Ricard, N. (2022). Le partenariat intersectoriel en tant qu'objet de controverses : Positions des acteurs impliqués en réponse aux besoins multiples et complexes des jeunes en difficulté. Sciences & Actions Sociales, 17(1), 81-113. <https://doi.org/10.3917/sas.017.0081>

Léon, C., du Roscoät, E., & Beck, F. (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : Résultats du baromètre Santé 2021. Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, 3, 42-56. www.santepubliquefrance.fr/content/download/603203/document_file/705269_spf00005154.pdf?version=1

Louit, É. (2012). Quel travail possible pour le psychologue clinicien au domicile des personnes ? VST - Vie sociale et traitements, 116(4), 84-90. www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2012-4-page-84.htm

Maccotta, J.-C., Journeau-Abderrahim, G., & Soulé, F. (2023). Comment rencontrer un adolescent en souffrance psychique ? « Je ne suis pas fou, arrêtez de me prendre la tête avec vos histoires de psy... ». L'information psychiatrique, 99(5), 299-303. www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2023-5-page-299.htm

Marion, É., & Touati, N. (2022). Jeunes, situations de vulnérabilité et problématiques complexes : Du développement aux effets des partenariats et collaborations intersectorielles. Sciences & Actions Sociales, 17(1), 1-8. www.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2022-1-page-1.htm

Ott, L. (2018). Pédagogie sociale et appropriation du territoire. Cahiers de l'action, 51-52(2-3), 55-66. www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2018-2-3-page-55.htm

Paris, H. (2012). L'accueil, temps thérapeutique au sein d'une Maison des adolescents. Le Coq-héron, 209(2), 82-85. <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2012-2-page-82.htm>

Parisse, J., & Porte, E. (2022). Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : Une mise en perspective. Cahiers de l'action, 59(2), 9-16. www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2022-2-page-9.htm

Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet, A.-M. (2021). Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique. minds - Promotion de la santé mentale à Genève. www.minds-ge.ch/ressources/les-determinants-de-la-sante-mentale

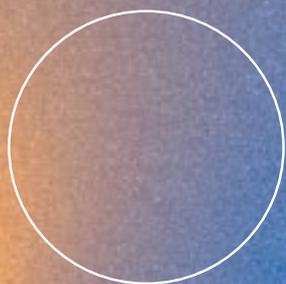
Pluye, P., & Potvin, L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7(1), 99-113. www.researchgate.net/profile/Pierre-Pluye/publication/268342456_La_perennisation_organisationnelle_des_projets_pilotes_en_promotion_de_la_sante/links/54cf601e0cf298d656633aa1/La-perennisation-organisationnelle-des-projets-pilotes-en-promotion-de-la-sante.pdf?origin=publication_detail&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uRG93bmxvYWQjLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ

Sabin, G., & Martin, C. (2022). Fréquenter le dehors et se défaire des normes pour s'émanciper : Aux fondements de la pédagogie sociale. Cahiers de l'action, 59(2), 34-41. <https://doi.org/10.3917/cact.059.0034>

Tordjman, S. (2022). Les équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Similitudes, différences, et perspectives. Perspectives Psy, 61(3), 222-233. www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2022-3-page-222.htm

Tordjman, S., & Keromnes, G. (2019). Équipe mobile en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Les apports de la recherche. L'information psychiatrique, 95(6), 401-410. www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-6-page-401.htm





Annexe 1 : la démarche CAPS



La démarche est le fruit d'une réflexion collective issue de l'initiative InSPIRe-ID, pilotée par la Direction générale de la santé, initiative qui réunit un grand nombre de partenaires dont l'objectif est d'élaborer un dispositif national de partage de connaissances en santé publique.

Dans ce cadre, la Fédération Promotion Santé, anciennement Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé et la Société Française de Santé Publique (SFSP) animent depuis 2017 une réflexion menée par le Groupe de travail national Capitalisation autour du déploiement de la capitalisation des expériences, qui a déjà abouti en 2022 à la formalisation d'outils méthodologiques pour déployer et accompagner des démarches de capitalisation (Laurent, Ferron, et al., 2022; Laurent, Soudier, et al., 2022) et l'ouverture du portail des savoirs expérientiels : www.capitalisationsante.fr.

Le groupe de travail national Capitalisation pilote désormais un dispositif national de diffusion de la capitalisation des expériences, organisé autour de différentes missions : coordination du dispositif, formation, valorisation, recherche¹.

La capitalisation vise à transformer le savoir pratique en connaissance partageable

La capitalisation issue de l'expérience vise à répondre à la question du « Comment ? » : comment sont élaborés, comment sont menés, comment sont évalués les interventions, programmes et projets en promotion de la santé. Elle vise ainsi à compléter les données issues de la recherche et les bases existantes qui mettent à la disposition des acteurs des données descriptives des actions menées (base OSCARS notamment).

Pour cela, CAPS propose une méthode à partir d'un recueil d'informations très détaillé auprès des acteurs et d'une analyse de celui-ci. Elle a pour objectifs de décrire finement les contextes, les éléments de l'action, les stratégies déployées, les savoirs issus de l'action. Elle s'appuie sur le récit et l'expérience des différents acteurs qui ont contribué à ces projets (professionnels de terrain, élus, bénévoles, population concernée par les projets capitalisés, etc.).

La capitalisation de l'expérience présente plusieurs finalités

POUR LE PORTEUR D'ACTION

Pour les acteurs impliqués dans une démarche de capitalisation, ce processus constitue un espace réflexif sur les pratiques et les actions menées. Moment privilégié de prise de recul sur l'organisation et les méthodes de conception et de mise en œuvre des actions, il permet de questionner les stratégies, de repérer les leviers et de partager en interne les enseignements de l'action menée.

C'est également un temps de la valorisation des expériences vécues. Ainsi, la capitalisation est source de promotion sociale, d'autonomisation et participe au renforcement des compétences individuelles et collectives des acteurs.

POUR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La capitalisation facilite l'accès à des données essentielles contextualisées et illustrées par des exemples pratiques, dans des environnements et auprès de publics cibles spécifiques.

Elle permet des choix éclairés de stratégies d'actions pour des acteurs intervenant en prévention ou promotion de la santé et contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des actions menées.

POUR LES INSTITUTIONS ET LES ASSOCIATIONS

Le processus de capitalisation renforce et complète le soutien des institutions et des associations aux promoteurs de projet.

Il constitue une ressource supplémentaire pour accompagner les structures et territoires cibles et ce d'autant plus qu'un certain nombre d'acteurs ne sont pas des professionnels de la prévention et de la promotion de la santé.

La capitalisation de l'expérience permet de diffuser des exemples d'intervention complétant ainsi l'outillage nécessaire à la mobilisation de nouveaux acteurs.

¹ Pour en savoir plus : <https://www.capitalisationsante.fr/la-capitalisation/>

POUR LES CHERCHEURS

La capitalisation met à disposition un corpus de données sur les actions de promotion de la santé (sans prétendre à l'exhaustivité), et facilite le repérage d'actions innovantes pouvant faire l'objet d'un travail plus approfondi. Elle peut ainsi faire émerger de nouveaux terrains de recherche.

Méthodologie suivie pour mener une capitalisation CAPS

La réalisation de chacune des capitalisations s'est appuyée sur la méthode CAPS. Cette méthode repose sur un principe clé, celui d'une démarche accompagnée par un tiers facilitateur, et est organisée en 5 étapes.

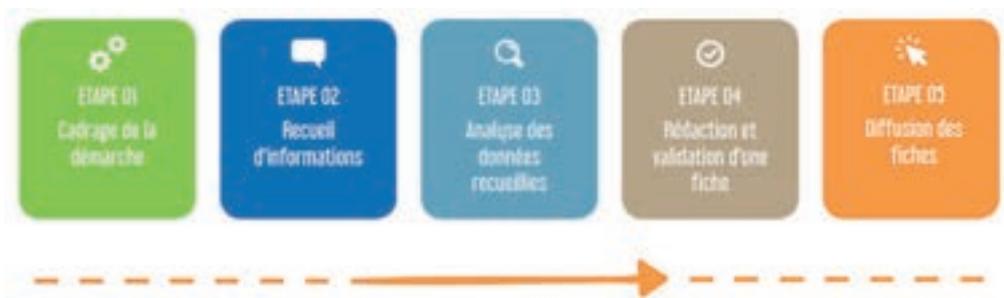
Plusieurs niveaux d'intensité de capitalisation sont possibles suivant la méthodologie CAPS, ils correspondent aux activités suivantes durant la phase de recueil de matériaux et d'entretien :

- niveau 1 : entretien simple, d'une durée minimum de plus de deux heures avec chaque porteur de projet pour collecter son récit d'expérience et le récit détaillé de l'intervention menée
- niveau 2 : plusieurs entretiens sont menés, ou parfois des entretiens collectifs, suivant la même grille pour croiser les points de vue du porteur principal et de partenaires ; ou de plusieurs acteurs quand il s'agit de projets portés en équipe.
- niveau 3 : méthodologie de recueil approfondie incluant observation et visites sur site, focus-group, etc. adaptée à des capitalisations auxquelles contribuent les usagers, bénéficiaires, collectifs, etc.

Après des contributeurs, c'est-à-dire des porteurs de l'action qui auront contribué au processus de capitalisation, l'accompagnateur en capitalisation a pour rôle clé de rendre explicites des connaissances implicites et de faire émerger un discours sur l'action, son contexte et son déroulement. Extérieur au projet capitalisé, sa posture est centrée sur des techniques d'enquête qualitative et une écoute attentive et bienveillante.

Dans le cadre de ses échanges avec chaque porteur d'action, ses interventions visent à :

- obtenir des informations les plus précises possibles sur les dimensions de l'action,
- faire préciser les éléments qui apparaissent pertinents au regard des objectifs de la capitalisation,
- choisir le cas échéant un axe particulièrement intéressant de l'action pour le développer.



Cadrage de la démarche

Un premier temps de cadrage entre l'accompagnateur et le porteur d'action permet de vérifier que les critères d'éligibilité sont bien remplis pour mettre en œuvre une capitalisation d'action. Il s'agit notamment de bien appréhender pour l'accompagnateur :

- La complexité de l'action : implique-t-elle plusieurs partenaires, déploie-t-elle plusieurs activités de nature différente, s'inscrit-elle dans la durée, agit-elle sur une variété de déterminants ?
- Sa durée : l'action doit être achevée ou démarrée depuis au moins un an,
- Son intérêt pour l'action ou la décision : en quoi les informations produites apportent-elles des éléments originaux susceptibles d'enrichir les connaissances déjà existantes ?
- Son éthique : les objets diffusés ne peuvent valoriser des approches ou des pratiques contraires à l'éthique - stigmatisation, culpabilisation, utilisation de la peur, etc. et de s'assurer de la disponibilité du porteur d'action par rapport à cette démarche.

Est également discuté le niveau d'intensité de la capitalisation, qui dépend notamment de la complexité de l'action, du contexte ou des moyens mis en œuvre (temps, budget), etc. Selon cette intensité, au-delà de l'entretien nécessairement effectué avec le porteur de l'action, des échanges complémentaires peuvent être organisés avec d'autres acteurs, des partenaires, voire les usagers du projet.

Recueil d'informations

Les échanges qui suivent entre l'accompagnateur et les acteurs identifiés visent à comprendre comment la structure a élaboré et mené son action, comment elle a affronté d'éventuelles difficultés, quels leviers elle a activés, quels ont été les moments clés, etc. Ils s'appuient sur une grille d'entretien type.

Analyse des données recueillies

Le ou les entretiens sont ensuite, dans l'idéal, retranscrits. Par ailleurs, l'accompagnateur prépare une mise en perspective des données recueillies auprès du porteur via la référence à des données probantes (sur la thématique et/ou les fonctions clés mobilisées).

Construction et validation d'un document partageable

L'accompagnateur rédige ensuite une fiche de capitalisation qui synthétise l'analyse des éléments recueillis. Cette fiche est relue et validée par le porteur d'action.

Diffusion des données partageables

Le porteur d'action peut diffuser cette fiche de capitalisation et valoriser ainsi son expérience selon les modalités qui lui conviennent.

Au niveau national, la fiche de capitalisation est, si elle répond aux critères de qualité définis par le GT CAPS, notamment partagée sur le portail des données issues de l'expérience.

Remerciements

Auteurs

Mélanie Villeval - Société Française de Santé Publique
Béatrice Georgelin - Société Française de Santé Publique
Evelyne Jean-Gilles - EPS Consulting

Relecture et mise en forme

Amandine Baron, François Berdougou, Timothée Delescluse et Alexis Krache - Société Française de Santé Publique
Johanna Brun - Fondation de France

Utilisation et reproduction

La SFSP vous encourage à reproduire et partager ce document autant que cela vous semble pertinent.

Pour le citer : Mélanie Villeval, Béatrice Georgelin, Evelyne Jean-Gilles, Aller vers les jeunes pour renforcer leur santé mentale ; analyse croisée de projets capitalisés pour s'inspirer, Laxou : Société Française de Santé Publique. 2024, 66 pages - En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/analyses-transvers/aller-vers-les-jeunes-pour-renforcer-leur-sante-mentale/>

Remerciements

Nous remercions la Fondation de France, et tout particulièrement le comité Santé mentale des jeunes, pour leur confiance et pour l'intérêt accordé à une démarche de capitalisation pour nourrir les réflexions et les pratiques en santé mentale à destination des jeunes.

Nous tenions à remercier tout particulièrement Johanna Brun pour son implication dans le projet et son accompagnement, et Marianne Courtet pour son soutien au fil des étapes du projet.

Nous remercions chaleureusement les membres du COPIL qui ont suivi ce projet de capitalisation pour l'ensemble de leurs contributions, leurs conseils et la qualité de nos échanges :

- Emmanuelle Lepine
- Nicolas Pastour
- Xavier Vanderplancke

Nous adressons enfin nos sincères remerciements à tous les porteurs et acteurs des projets capitalisés, qui nous ont accueillis au sein de leurs structures et ont accepté de partager leurs savoir-faire et leur expérience.

Aller vers les jeunes pour renforcer leur santé mentale

Analyse croisée de projets
capitalisés pour s'inspirer