

Santé mentale : comprendre les déterminants pour agir

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :

Yann Le Strat

RÉDACTION

Rédactrice en chef :

Nathalie Quérue

COMITÉ DE RÉDACTION

Erwan Autès-Tréand (ARS Nouvelle-Aquitaine), **Éric Breton** (EHESP), **Isabelle Clavagnier** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Claude Desenclos** (Santé publique France), **Frédéric Dorléans** (Organisation panaméricaine de la santé), **Caroline Douay** (Observatoire du Samusocial de Paris), **Maud Gorza** (Santé publique France), **Alissia Gouju** (Promotion Santé Grand Est), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Valérie Henry** (Santé publique France), **Arielle Le Masne** (Santé publique France), **Magali Mazuy** (Ined), **Maria Melchior** (Inserm), **Gwenn Menvielle** (Inserm), **Stéphanie Monnier Besnard** (Santé publique France), **Frédéric Pomykala** (Mutualité sociale agricole), **Stéphanie Rivière** (Santé publique France), **Roberge Marie-Claude** (INSPQ), **Jalpa Shah** (Santé publique France), **Justine Trompette** (Santé publique France).

ILLUSTRATIONS

Illustration de couverture et sommaire page 3, pages 9, 13, 21, 28, 33 : Séverine Scaglia / <https://severinescaglia.com/>.

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Christelle Lernet (01 71 80 16 40)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2025

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

SANTÉ MENTALE : COMPRENDRE LES DÉTERMINANTS POUR AGIR

Dossier coordonné par
Erwan Autès-Tréand,
responsable du pôle Vulnérabilité en santé,
agence régionale de santé (ARS)
Nouvelle-Aquitaine,
Isabelle Clavagnier,
infirmière conseillère technique,
ministère de l'Éducation nationale,
Marie-Claude Roberge,
conseillère scientifique, Institut national
de santé publique du Québec (Inspq),
Aurélien Tinland,
psychiatre, Assistance publique – Hôpitaux
de Marseille (AP-HM),
Sandrine Broussouloux,
chargée d'expertise en santé publique,
Emma Mouraire,
chargée d'études,
Unité santé mentale, Direction
de la prévention et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Santé mentale : comprendre les déterminants pour agir

4 _ Erwan Autès-Tréand, Isabelle Clavagnier,
Marie-Claude Roberge, Aurélien Tinland,
Sandrine Broussouloux, Emma Mouraire

« La santé mentale devient un sujet de société »

5 _ Entretien avec Frank Bellivier

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE ?

Santé mentale : de quoi parle-t-on ?

6 _ Sandrine Broussouloux,
Ingrid Gillaizeau, Aude Caria

La santé mentale positive à l'épreuve de la mesure

8 _ Dominic Julien, Marie-Claude Roberge

De la psychiatrie à la santé mentale : 200 ans d'histoire mouvmentée

10 _ Hervé Guillemain

Pas de santé mentale sans justice sociale

12 _ Aurélien Tinland

Le lien social, soutien essentiel de la santé mentale

14 _ Arnaud Goulliart



© Texte

Octobre 2025 / Numéro 471

DÉPLOIEMENT DE POLITIQUES PUBLIQUES

Considérer l'habiter pour soutenir la santé mentale

15 _ Nicolas Chambon

« Bâtir un projet commun dans une approche globale, communautaire et participative »

17 _ Entretien avec Sonia Charapoff,
Fanny Pasant

« Les maisons des adolescents jouent un rôle de première ligne en santé mentale »

19 _ Entretien avec Raphaël Essers

DES ENVIRONNEMENTS PROMOTEURS DE SANTÉ

Pour un urbanisme favorable au bien-être des citoyens

20 _ Lionel Prigent

Faire un travail de qualité, un facteur-clé de l'équilibre psychique

22 _ Bernard Dugué

« Les nouvelles générations ont besoin de sens »

24 _ Entretien avec Kelly-Ann Gilbert,
Lucie Rouleau, Malorie Toussaint-Lachance,
Caroline Langlais

LA FORCE DE LA COMMUNAUTÉ

Une formation innovante pour retrouver le pouvoir d'agir

26 _ Julien Gard

« Aller vers le public pour briser les tabous »

27 _ Entretien avec Nadine Béal

RENFORCER LES COMPÉTENCES

« Des élèves solitaires ont été mieux intégrés »

28 _ Entretien avec Maten Coulibaly,
Christelle Thévenet

Renforcer les compétences psychosociales pour le bien-être psychique en milieu scolaire

30 _ Gaël-Anne Pannatier,
Florence Chénau

Soutenir les acteurs de proximité par la formation

31 _ Michel Eynaud, Manon Gagliardi,
Mathilde Corbin

« Des parcours personnalisés pour renforcer les ressources mentales du quotidien »

32 _ Entretien avec Andrea Pereira

La pair-aidance, entre hier et demain

34 _ Aster Harrison

« J'ai transformé l'expérience de ma souffrance psychique en compétence »

35 _ Entretien avec Pauline Vassallo

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

36 _ Laetitia Haroutunian

RUBRIQUES

Littérature en santé

38 _ « Ces échanges ont permis de bâtir une intervention en promotion de la santé au travail adaptée »

Entretien avec Camille Bergeret,
Anne Gosselin

Milieu de vie favorable à la santé

41 _ Faire du club sportif un lieu promoteur de santé

Florence Rostan, Aurélien Van Hove

42 _ « Le club de sport réunit tous les ingrédients essentiels à la santé globale »

Entretien avec Stéphanie Mériaux

Santé mentale : comprendre les déterminants pour agir

Erwan Autès-Tréand,
responsable du pôle Vulnérabilité en santé,
agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine,
Isabelle Clavagnier,
infirmière conseillère technique,
ministère de l'Éducation nationale,
Marie-Claude Roberge,
conseillère scientifique, Institut national
de santé publique du Québec (Inspq),
Aurélien Tinland,
psychiatre, Assistance publique –
Hôpitaux de Marseille (AP-HM),
Sandrine Broussouloux,
chargée d'expertise en santé publique,
Emma Mouraire,
chargée d'études,
Unité santé mentale, Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Hormis dans le cas des pathologies les plus sévères, la santé mentale a été longtemps un sujet de la sphère privée, alimentant les non-dits familiaux et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. Cependant, depuis quelques années – et plus encore depuis la pandémie de Covid-19 –, la parole se libère progressivement autour de cette question à la fois complexe et ancrée dans le quotidien. La santé mentale devient une affaire publique, d'autant plus que la crise sanitaire a révélé et amplifié une dégradation générale de la santé mentale, particulièrement marquée chez les jeunes, et spécifiquement chez les jeunes filles ; et ce alors que les offres de soins publics en psychiatrie et d'accompagnement psychologique sont fragilisées dans de nombreux territoires, insuffisants à couvrir les besoins.

Ces constats documentés, couplés à la décision du gouvernement français d'en faire une Grande Cause nationale en 2025, ont contribué à une forte médiatisation. C'est une opportunité pour réfléchir et agir collectivement sur ce défi sociétal. De nombreuses personnalités du monde artistique ou du monde médiatique, ou encore des influenceurs ont ainsi témoigné publiquement de leurs difficultés psychologiques, brisant davantage les tabous. Toutefois, au-delà de ces destins individuels, que recouvre le concept de santé mentale ? Que mesurent les études sur le sujet ? Et comment agir ? Ce dossier de *La Santé en action* propose un éclairage panoramique sur la situation, en présentant les récentes

connaissances scientifiques et en mettant en lumière des actions¹ et des pratiques de terrain intéressantes.

Dans une première partie, le concept de santé mentale est envisagé sous l'angle de la promotion de la santé, c'est-à-dire avec une approche globale et inclusive, concernant chacun d'entre nous. Ce concept, longtemps réservé au champ de la médecine et notamment de la psychiatrie, s'est élargi à la notion de bien-être psychique et de santé mentale positive.

Des facteurs de risque mais aussi de protection

Plusieurs contributions analysent les enjeux de cette évolution, le modèle théorique qui s'en dégage, les indicateurs de mesure qui en découlent. Est rappelée l'importance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale, liés aux conditions de vie des individus, qu'il s'agisse du logement, de l'accès aux soins, à l'éducation et à la culture, à la mobilité. Sont aussi abordés les facteurs de risque et de protection, et notamment celui, essentiel, des liens sociaux, dans un contexte de discriminations et de violences systémiques, auxquelles sont particulièrement exposées les populations minorisées. Les enfants, à commencer par ceux qui ont le plus besoin d'aide, subissent les failles d'un système qui les protège encore trop peu ou trop tard : selon la Cour des comptes, près de la moitié des sans-abris âgés de 18 à 25 ans furent, enfants, confiés à l'aide sociale à l'enfance. Un numéro est loin de suffire à couvrir ce vaste sujet. Pour plus de clarté, le fil conducteur du dossier a été organisé autour des axes de la Charte d'Ottawa (1986) qui promeut le fait de donner aux populations les moyens d'agir pour améliorer leur santé et de créer des conditions favorables à la santé pour tous. Pour illustrer l'« *élaboration de politiques pour la santé* » et la « *réorientation des services de santé* », un article revient sur la politique du Logement d'abord, éclairant ce que la notion d'*habiter* veut dire en termes de santé mentale, tandis qu'un autre se penche sur l'apport des conseils locaux de santé mentale (CLSM) pour organiser l'action dans les territoires. La « *création d'environnements favorables à la santé mentale* » est envisagée sous trois angles différents : comment organiser la ville pour une meilleure qualité de vie des habitants ?

Comment repenser le monde du travail pour que les salariés se réalisent ? Quelle école imaginer pour que les jeunes s'y sentent bien et aient envie d'apprendre, comme le propose le projet Epanouir au Québec ? Dans la partie « *renforcement des actions communautaires* », deux articles ont pour point commun de présenter des dispositifs contribuant à lutter contre la stigmatisation. Ainsi, dans les Deux-Sèvres, pendant la Semaine d'information sur la santé mentale, le camion d'*En voiture Psymone* fait étape sur les marchés, dans les établissements scolaires ou dans les lieux culturels pour faire évoluer les représentations.

Renforcer le pouvoir d'agir de chacun

Enfin, dernier axe de la Charte, « *l'acquisition de compétences individuelles* » fait l'objet de plusieurs exemples internationaux notamment. Le développement des compétences psychosociales en milieu scolaire s'incarne de plusieurs façons, des ambassadeurs du dispositif Phare de prévention du harcèlement à l'école en France au programme MindMatters implanté dans des établissements en Suisse. La formation des acteurs de première ligne est un point essentiel, tout comme la mise à disposition d'outils numériques scientifiquement documentés et accessibles à tout public, telle l'application Minds. Une attention particulière est également portée à la pair-aidance qui reconnaît le savoir des patients et en fait un atout majeur du rétablissement, en collaboration avec les professionnels. Elle incarne l'esprit même de la Charte d'Ottawa : donner aux personnes concernées le pouvoir d'agir, transformer l'expérience du vécu en ressource collective, et rendre possible une santé mentale promue par tous et pour tous. ■

1. Pour d'autres initiatives, consulter Reperprev, le registre national des interventions de prévention efficaces ou prometteuses. En ligne : <https://reperprev.santepubliquefrance.fr/exl-php/accueil?CMD=CHERCHE&query=1>

« La santé mentale devient un sujet de société »

Entretien avec Frank Bellivier,
professeur de psychiatrie, université Paris Cité,
délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie.

La Santé en action : **Comment promouvoir selon vous la santé mentale auprès du public ?**

Frank Bellivier : Il y a un changement de regard sur la santé mentale, qui ne se réduit plus aux pathologies. Promouvoir la santé mentale, c'est faire passer l'idée que chacun a une santé mentale dont il peut prendre soin au même titre que la santé physique. Cela passe par des campagnes de sensibilisation, de déstigmatisation et de diffusion de ressources pratiques via des canaux comme les sites Internet Psycom ou Santé mentale info service de Santé publique France. Ces outils permettent à chacun de repérer les signaux d'alerte, de comprendre l'impact du stress ou des addictions et d'agir en conséquence.

S. A. : **Quels sont les acteurs impliqués dans la promotion ?**

F. B. : Aux côtés des acteurs institutionnels, comme la Direction générale de la santé, il y a de plus en plus d'acteurs associatifs, notamment dans le domaine du sport santé. En effet, nous disposons de nombreuses données probantes sur les bienfaits de l'activité physique sur la santé mentale. Enfin, il y a une mobilisation croissante des collectivités locales, qui jouent un rôle pour l'accès au sport, à la culture, aux loisirs, que nous savons être des facteurs de protection du bien-être mental.

S. A. : **Quels leviers sont efficaces pour agir ?**

F. B. : Ils sont nombreux. Le déploiement des formations aux compétences psychosociales au sein de l'Éducation nationale en est un, la lutte contre les violences, en particulier sexuelles, en est un autre. La Maison de la santé mentale qui vient d'ouvrir à Strasbourg en est un troisième. Les médias progressent aussi dans la façon d'aborder le sujet, des personnalités témoignent. La santé mentale

devient un sujet de société ; c'est un mouvement de fond qui opère une évolution, prenant mieux en compte l'ensemble des déterminants de la santé mentale de la population : lutte contre les violences, accès au logement, à la formation et au travail, au sport, à la culture... Toutefois, si la libération de la parole contribue à faire progresser les choses, certaines idées reçues perdurent : la supposée dangerosité des personnes porteuses d'une pathologie psychique (infirmée par les statistiques), l'idée que ce sont des pathologies incurables (la possibilité d'un rétablissement est prouvée scientifiquement) ou que souffrance psychique équivaut à faiblesse de l'âme (ce qui est contredit par l'expérience vécue).

S. A. : **Que cible la feuille de route santé mentale et psychiatrie, lancée en 2018 ?**

F. B. : Depuis son origine, elle porte des actions concrètes pour promouvoir une bonne santé mentale, construire des parcours de soins personnalisés et de qualité, et favoriser l'inclusion sociale. Elle s'est ensuite progressivement enrichie de nouvelles mesures, notamment issues des Assises de la santé mentale en 2021. Chaque année, un bilan d'avancement est publié. La dynamique se poursuit, car cette feuille de route n'est pas figée, c'est un plan évolutif. Le travail est aussi mené avec différents ministères, par exemple celui de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire pour la prévention du mal-être des agriculteurs. Sont concernés aussi le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ou celui du Logement et de la Rénovation urbaine, parce que les déterminants de la santé mentale ne sont pas qu'une prérogative du ministère de la Santé et de l'accès au soin.

S. A. : **Quelles ont été les avancées ?**

F. B. : Nous pouvons citer la généralisation du numéro 3114 pour la prévention du suicide, le développement des équipes mobiles psychiatrie-précarité¹, la mise en place du dispositif Mon Soutien Psy, le renforcement du nombre de postes dans les centres médico-psychologiques, l'augmentation des ouvertures de maisons des adolescents, de centres de psychotrauma. Financièrement, 3,3 milliards d'euros de mesures supplémentaires ont été engagés depuis 2018. Le budget de la psychiatrie a augmenté de 42 % entre 2020 et 2024.

L'ESSENTIEL

► Autrefois stigmatisée, la santé mentale est aujourd'hui perçue avec autant d'importance que la santé physique. Des progrès ont été accomplis ces dernières années, notamment portés par les dispositions de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018. Malgré cette dynamique, beaucoup reste à faire sur les volets promotion, prévention et inclusion sociale.

S. A. : **Qu'est-ce que la Grande Cause nationale 2025 pour la santé mentale ?**

F. B. : Il s'agit d'une reconnaissance symbolique forte, qui légitime la santé mentale comme une priorité. Cela favorise une mobilisation accrue de tous les ministères à la demande du Premier ministre : chaque ministère doit en effet construire une feuille de route sectorielle en lien avec la santé mentale ; une synthèse en sera prochainement présentée. Cette Grande Cause ne se substitue pas à notre feuille de route, elle s'y ajoute. 2025 est une année de programmation pour la suite. L'objectif est de prolonger cet élan en intégrant la santé mentale dans toutes les politiques publiques, comme le promeut la déclaration de Paris, signée en juin dernier avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS)². La dynamique est là, mais il reste à faire notamment dans le champ de la prévention, de l'inclusion sociale, sachant que les besoins de la population ont considérablement augmenté. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1 Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). 9 août 2024. En ligne : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-empp>

2. Organisation mondiale de la santé. Déclaration finale de la Conférence régionale de haut niveau sur la santé mentale dans toutes les politiques : relever les défis et élaborer des solutions communes. Copenhague : OMS, bureau régional de l'Europe, 16 et 17 juin 2025 : 5 p. En ligne : <https://www.who.int/europe/fr/publications/i/item/the-regional-high-level-conference-on-mental-health-in-all-policies-paris-outcome-statement>

Santé mentale : de quoi parle-t-on ?

Sandrine Broussouloux,
chargée d'expertise en santé publique,
Ingrid Gillaizeau,
responsable de l'unité santé mentale,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France,
Aude Caria,
directrice,
Psycom.

L'ESSENTIEL

► Longtemps limité aux troubles psychiatriques, le concept de santé mentale s'est élargi, incluant désormais le bien-être émotionnel, psychologique et social de chacun. Cette approche globale et inclusive, qui n'oblitére en rien la réalité des troubles psychiques et de leur prise en charge, reconnaît que tout le monde a une santé mentale, marquée par des facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Le « *modèle du double continuum* » montre que l'on peut aller bien malgré un trouble psychique, ou mal sans en avoir. Dès lors, la promotion de la santé mentale implique toutes les politiques publiques, au-delà du seul domaine médical, afin d'améliorer la qualité de vie de tous.

Les conceptions liées à la santé mentale ont beaucoup évolué ces dernières décennies. Il est désormais admis que la définition de la santé mentale ne se réduit pas aux seuls troubles psychiques, mais qu'elle inclut également une dimension de bien-être. Ainsi, elle ne concerne plus uniquement les personnes souffrant de troubles : elle nous concerne toutes et tous [1]. Cette évolution ne se limite pas à un changement conceptuel : elle transforme aussi les façons de promouvoir la santé mentale, de prévenir et prendre en charge les troubles psychiques. Les enjeux sont multiples : qui est concerné ? Quels facteurs influencent la santé mentale ? Et qui peut agir pour la

préserver ou la soigner ? Ces changements marquent un pas décisif vers une approche plus universelle et inclusive.

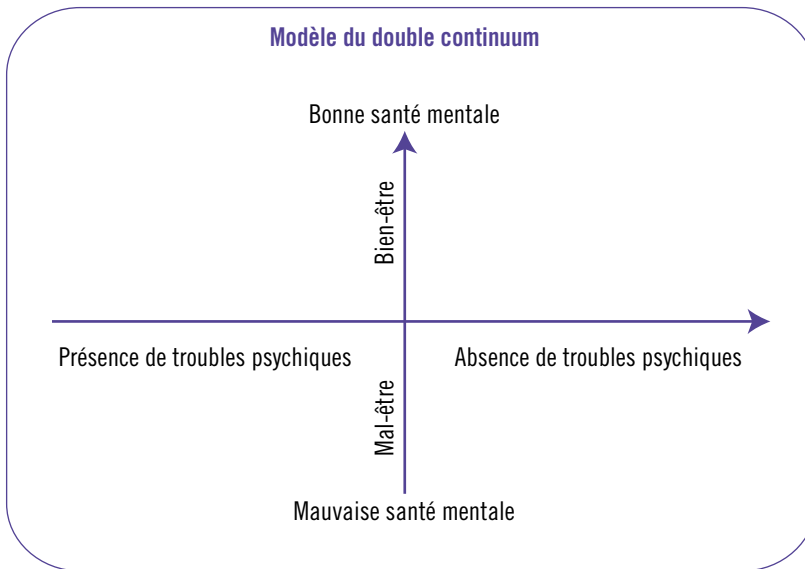
Pendant des siècles, la santé mentale a été réduite au champ de la psychiatrie. Cette approche exclusivement médicale a nourri une conception binaire de la santé mentale qui s'interprète selon la présence ou l'absence de troubles. Les maladies psychiatriques sont identifiées et classées selon leurs symptômes et leur étiologie. Aujourd'hui, deux classifications font référence : la Classification internationale des maladies (CIM) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux¹. Dans cette conception, la santé mentale serait limitée aux troubles psychiatriques, elle ne concernerait que les personnes malades et relèverait uniquement des professionnels de psychiatrie. Cette approche exclusive a contribué à forger une représentation sociale des questions de santé mentale, articulée autour de l'image du « fou », souvent perçu comme dangereux, et qu'il était préférable d'isoler dans les asiles. Bien que les modalités de traitements se soient diversifiées (médicaments, psychothérapies, approches psychosociales), cette seule dimension psychiatrique de la santé mentale ne rend pas compte de l'étendue de ce que ces termes recouvrent.

Importance de l'expérience subjective du bien-être

À partir du milieu du xx^e siècle, la notion de santé mentale s'est progressivement affranchie de la seule psychiatrie pour prendre en compte le fonctionnement plus global des individus (voir article p. 10). Dans cette conception, la santé mentale ne se résume plus à l'absence ou à la

présence de troubles, mais elle intègre aussi l'expérience subjective de bien-être, avec plusieurs dimensions : le bien-être émotionnel, le bien-être psychologique et le bien-être social. Celui-ci se manifeste notamment dans les relations que les personnes entretiennent avec leur entourage (familial, amical, professionnel), dans la réalisation de leurs activités quotidiennes et dans leur capacité à faire face aux événements de vie. Cette conception s'incarne notamment dans le courant de la psychologie positive [2] qui recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux.

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de la communauté* [3] ». Cette définition a l'intérêt de contribuer à une approche plus globale de la santé mentale, qui implique que toute personne a une santé mentale et ressent du bien-être ou du mal-être à différents moments de sa vie, qu'elle ait ou non un trouble psychique. La santé mentale n'est donc pas un état figé, mais évolutif, influencé tout au long de la vie par une multitude de facteurs. Certains relèvent de la personne (patrimoine biologique et génétique, personnalité, capacité à gérer ses émotions, parcours de vie, exposition à la violence, etc.). D'autres dépendent de ses conditions de vie (logement, travail, accès aux soins, à la culture, à la nature, etc.) ou encore de la société dans laquelle elle évolue (éducation, inégalités, discriminations,



Source : inspiré de Doré I., Caron J. [1]

infrastructures, etc.) [4-5] (voir article p. 12). Enfin, la santé mentale n'est plus seulement l'affaire de la psychiatrie et des équipes de soins, elle intègre désormais des actions de prévention et de promotion de santé, auxquelles doivent contribuer toutes les sphères de la société.

Ces deux conceptions de la santé mentale ne sont pas exclusives l'une de l'autre et elles trouvent même une complémentarité dans « le modèle du double continuum [6] ». Celui-ci articule les deux dimensions sur un même schéma : un axe bien-être/mal-être et un axe absence/présence de troubles psychiques. Pour comprendre et identifier l'état de santé mentale d'un individu, on peut le situer simultanément sur chacun de ces deux axes [7] (voir article p. 8). Ainsi, aux extrêmes, un bon état de santé mentale² correspond à l'absence de troubles psychiques et à un sentiment

de bien-être. À l'inverse, un mauvais état de santé mentale se traduit par la présence d'un trouble psychique et le fait de ressentir un profond mal-être. Toutefois, on peut être concerné par un trouble psychique et éprouver du bien-être, car on a retrouvé un équilibre satisfaisant (rétablissement). À l'inverse, il est possible de ressentir du mal-être sans pour autant présenter de trouble psychique avéré. Entre ces quatre cas de figure, il existe toute une palette de situations et donc d'états de santé mentale. Les impacts, positifs comme négatifs, sur la vie quotidienne peuvent être importants.

Agir sur les environnements et les facteurs de protection

La recherche montre que ces deux dimensions, bien que distinctes, sont souvent corrélées [8]. Elles s'influencent l'une l'autre. Par exemple, un niveau élevé de bien-être

peut favoriser le rétablissement d'un trouble psychique, tandis qu'un mal-être persistant peut accroître le risque d'apparition d'un trouble psychique. Rappelons que la santé mentale n'est pas figée, elle évolue tout au long de la vie, influencée par de nombreux déterminants à la fois individuels et environnementaux. Ces constats soulignent l'importance de promouvoir la santé mentale en agissant sur les environnements et en renforçant les facteurs de protection tant au niveau individuel que collectif (voir article p. 14).

Élargir la conception de la santé mentale au-delà des troubles psychiques contribue à faire évoluer les représentations sociales et le regard porté sur les personnes concernées par un trouble. Reconnaître que nous avons toutes et tous une santé mentale permet de dépasser la vision clinique entre « le moi sain » et « l'autre fou », à l'origine de stigmatisations et de discriminations, et de libérer ainsi la parole. Cette approche met également en évidence la pluralité des déterminants – individuels, environnementaux, sociaux – qui influencent la santé mentale (voir article p. 12). Elle invite aussi toutes les sphères de la société à contribuer à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles, et toutes les politiques publiques à agir en faveur de la santé mentale. ■

1. Ou DSM, pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

2. Qualification de la santé mentale sur l'axe bien-être/mal-être : florissante, languissante, etc.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Doré I., Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 2017, vol. 42, n° 1 : p. 125-145. En ligne : <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

[2] Paucsik M, Benny M, Shankland R. Chapitre 10. La santé mentale positive : historique, développement et enjeux actuels. *Grand manuel de psychologie positive* : Dunod ; 2021. P201-14.

[3] Organisation mondiale de la santé. Promouvoir la santé mentale : concepts, données probantes, pratique.

[Rapport], Genève : OMS, janv. 2005 : 288 p. En ligne : <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>

[4] On a toutes et tous une santé mentale – Psycos – Santé Mentale Info

[5] Clip vidéo : *Le Cosmos mental*[®]. Psycos Santé Mentale Info. En ligne : <https://www.psycos.org/agir/la-promotion-de-la-sante-mentale/kit-cosmos-mental/>

[6] Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002

Jun; 43 (2): 207-22. PMID: 12096700. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12096700/>

[7] Clip vidéo : *La Boussole de la santé mentale*. Psycos Santé Mentale Info. En ligne : <https://www.psycos.org/la-boussole-de-la-sante-mentale/>

[8] Keyes C. L. M. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, vol. 73, n° 3 : p. 539-548. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15982151/>

La santé mentale positive à l'épreuve de la mesure

Dominic Julien,
analyste,
Institut de la statistique du Québec,
Marie-Claude Roberge,
conseillère scientifique,
Institut national de santé publique
du Québec.

L'ESSENTIEL

► **Dimension essentielle de la santé, la santé mentale est souvent abordée par le prisme des pathologies. La santé mentale positive, qui manque encore d'une définition consensuelle, fait généralement référence au fait d'être bien émotionnellement et psychologiquement, et possiblement aussi socialement. Sa mesure, complémentaire de celle des troubles psychiques, est essentielle pour comprendre la santé globale des populations et l'améliorer. Des travaux de l'Institut de la statistique du Québec éclairent le concept et la mesure de la santé mentale positive.**

Malgré la reconnaissance de l'importance de la santé mentale positive et l'intérêt croissant à son égard, celle-ci ne recueille pas de définition ou de conceptualisation consensuelle. On s'entend cependant généralement pour dire qu'elle représente un phénomène multidimensionnel qui fluctue selon les circonstances de la vie et les ressources dont dispose chaque individu.

La plupart des auteurs reconnaissent que la santé mentale positive comporte une *dimension émotionnelle* qui renvoie au ressenti de la personne. Elle se reflète par le sentiment de bonheur ou par la stabilité émotionnelle, ainsi que par la satisfaction ou l'intérêt à l'égard de la vie. Les chercheurs considèrent également que la santé mentale positive comprend une *dimension psychologique* qui a trait au fonctionnement psychologique de

la personne : sa capacité à être autonome, à développer ses compétences et à établir des relations chaleureuses et de confiance avec autrui. Elle comprend aussi l'acceptation de soi, le développement personnel et l'impression que la vie a un sens.

Une dimension qui fait moins consensus, mais qui peut néanmoins s'avérer pertinente, est la *dimension sociale*. Cette dimension traduit la perception que se fait une personne de la société et sa contribution à celle-ci, par exemple le sentiment d'appartenance à la collectivité et le fonctionnement occupationnel (travail, études).

Pourquoi mesurer ?

La mesure de la santé mentale positive [1] est complémentaire de celle des troubles psychiques. La première décrit le niveau de bien-être émotionnel, psychologique et social au sein de la population, alors que la seconde porte sur la prévalence et sur l'incidence de différents symptômes ou diagnostics de troubles mentaux (p. ex. : la dépression).

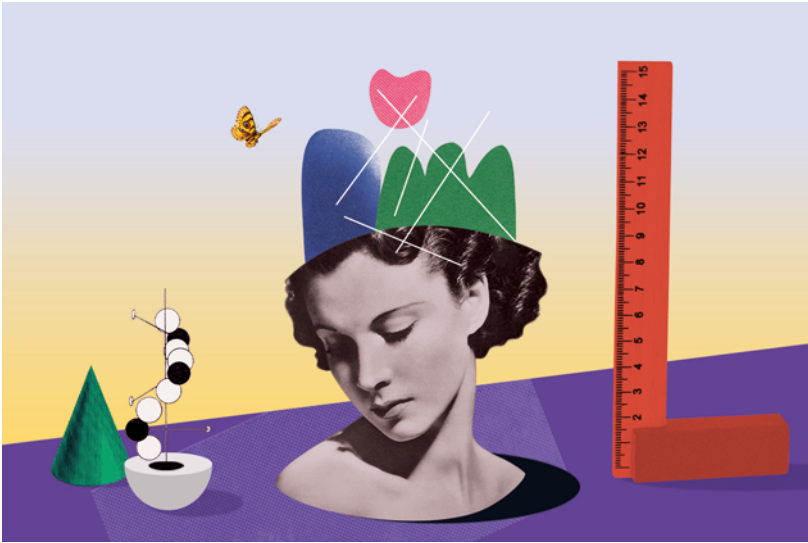
Ensemble, elles permettent de mieux caractériser la diversité des états de santé mentale d'une population et de prédire le fonctionnement psychosocial [2 ; 3]. Par exemple, les personnes qui bénéficient d'un niveau élevé de santé mentale, sans présence de trouble mental, présenteraient moins d'absentéisme au travail. De même, tout état inférieur à un niveau élevé de santé mentale serait associé à un degré moindre de fonctionnement, que la personne présente ou non un trouble mental. Par ailleurs, des études ont montré que le niveau de santé mentale serait prédictif du risque de dépression plus tard dans la vie [3].

L'intégration de l'ensemble de ces mesures dans les systèmes de surveillance est essentielle à l'amélioration de la santé globale des populations et elle permet d'anticiper les besoins afin de déployer des interventions de promotion de la santé mentale¹ pertinentes, qui ciblent l'ensemble de la population, y compris les personnes présentant des troubles psychiques [4].

Comment mesurer ?

Bien que la réflexion sur le bien-être se soit amorcée dès l'Antiquité, c'est dans les dernières décennies que le concept de santé mentale positive a réellement pris son essor. Plusieurs outils² permettant de mesurer la santé mentale positive ont été développés récemment, qui peuvent être répartis en trois types. Le choix de l'outil s'effectue en fonction des objectifs. Les *outils à item unique* se proposent d'évaluer la santé mentale positive à l'aide d'une seule question, comme « Quel sentiment éprouvez-vous en général à l'égard de votre vie ? », avec une échelle de réponse allant de « Très insatisfait » à « Très satisfait ». Ces outils permettent une économie de temps par rapport aux outils multi-items, mais les nuances d'un phénomène multidimensionnel comme celui de la santé mentale positive risquent de leur échapper.

Les *outils globaux* fournissent un score total permettant d'évaluer la santé mentale positive. Ils offrent une couverture plus complète du concept de santé mentale positive et constituent un choix judicieux pour qui s'intéresse à la santé mentale positive sans égard à ses dimensions. Des échelles comme la *Flourishing Scale*³ [5] et la *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale*⁴ [6] sont



utilisée dans des enquêtes populationnelles. Elle porte sur des caractéristiques relatives à la façon de se sentir et au niveau de fonctionnement. Les personnes intéressées plus particulièrement au *flow* (pleine conscience) pourraient utiliser l'échelle *Orientation to Happiness*⁶ [8] ou le *positive emotion, engagement, relationships, meaning, and accomplishment profiler (PERMA-profiler)* [9]. Finalement, le *Positive Mental Health Instrument*⁷ [10] pourrait être utilisé pour mesurer la santé mentale positive auprès de personnes qui évoluent dans une culture où la spiritualité occupe une place importante. Ainsi, la complexité du phénomène se répercute sur les moyens de le mesurer. ■

de bons candidats pour ce type de mesure. Les outils globaux ne comportent cependant pas de sous-échelles permettant d'examiner comment se porte une personne au niveau des différentes dimensions de la santé mentale positive.

Enfin, les *outils dimensionnels et globaux* permettent d'examiner la santé mentale positive à la fois dans sa globalité et selon ses différentes dimensions. Ces échelles concourent à une évaluation plus fine de la santé mentale positive en examinant si

certaines dimensions prévalent sur d'autres, si les déterminants et les conséquences sont les mêmes. Cela peut permettre des interventions plus arimées aux besoins, incluant celles qui portent sur les conditions de vie. Parmi les outils de mesure de ce type, le *Mental Health Continuum – Short Form*⁵ (MH-CSF) [3], largement utilisé en Amérique du Nord, pourrait être à privilégier, car il couvre les trois dimensions de la santé mentale positive évoquées ci-dessus. En Europe, l'échelle de Huppert et So [7] a été

1. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/interventions>

2. Ces outils de mesure sont pour la plupart disponibles en français.

3. En français : l'échelle d'épanouissement (NDLR).

4. En français : l'échelle de bien-être mental Warwick-Edinburgh (NDLR).

5. En français : Continuum de santé mentale – version abrégée (NDLR).

6. En français : Échelle francophone d'inclinaison au bonheur (Efib). (NDLR.)

7. En français : instrument de mesure de santé mentale positive (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Julien D., Bordeleau M. *La santé mentale positive : étude du concept et de sa mesure*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2021 : 48 p. En ligne : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/sante-mentale-positive-concept-et-mesure.pdf>

[2] Doré I., Caron J. Santé mentale : concept, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 2017, vol. 42, n° 1 : p. 125-145. En ligne : <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

[3] Keyes C. L. M., Eisenberg D., Perry G. S., Dube S. R., Kroenke K., Dhingra S. S. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 2012, vol. 60, n° 2 : p. 126-133. En ligne : <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>

[4] Lebrun-Paré F., Mantoura P., Berge M.-C. *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveil-*

lance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2023 : 90 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3365>

[5] Diener E., Wirtz D., Tov W., Kim-Prieto C., Choi D.-W., Oishi S. *et al.* New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 2010, vol. 97, n° 2 : p. 143-156. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>

[6] Tennant R., Hiller L., Fishwick R., Platt S., Joseph S., Weich S. *et al.* The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, vol. 5, n° 1 : p. 63. En ligne : <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>

[7] Huppert F. A., So T. T. Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defi-

ning well-being. *Social Indicators Research*, 2013, vol. 110, n° 3 : p. 837-861. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>

[8] Peterson C., Park N., Seligman M. E. Orientations to happiness and life satisfaction: The full life *versus* the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 2005, vol. 6, n° 1 : p. 25-41. En ligne : <https://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>

[9] Butler J., Kern M. L. The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 2016, vol. 6, n° 3 : p. 1-48. En ligne : <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>

[10] Vaingankar J. A., Subramaniam M., Chong S. A., Abidin E., Edelen M. O., Picco L. *et al.* The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic Asian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2011, vol. 9 : p. 92. En ligne : <https://hqlq.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-9-92>

De la psychiatrie à la santé mentale : 200 ans d'histoire mouvementée

Hervé Guillemain,
professeur d'histoire contemporaine,
Laboratoire temps, mondes, sociétés
(Temos) CNRS 9016,
Le Mans université.

L'ESSENTIEL

► La notion de santé mentale est récente, née dans le sillage des transformations de la psychiatrie depuis deux cents ans, avec notamment l'émergence du mouvement d'hygiène mentale dans les années 1910-1920. La législation de 1990 marque un tournant, scellant le passage de la lutte contre la maladie à une acception plus large, concernant la population générale. Néanmoins, entre troubles psychiques et approche globale du bien-être mental, le flou persiste souvent.

Qu'est-ce que la santé mentale ? L'expérience montre que ce terme ne revêt pas la même signification pour chacun de nous, comme le montre un film tourné par les étudiants du master d'histoire de l'université du Mans¹. Interrogées sur leurs représentations de la santé mentale, certaines personnes évoquent une façon personnelle d'être dans le monde ; d'autres, des souffrances psychiques communes ; d'autres encore réfèrent à la psychiatrie et aux problèmes actuels de prises en charge. La santé mentale est-elle une forme d'extension du domaine ancien de la psychiatrie ou est-elle autre chose ?

Une des difficultés pour répondre à cette question tient au fait que la notion de santé mentale est récente. Si elle peut paraître à d'aucuns trop récente pour être objet d'histoire, certains la confondent avec l'histoire

de la psychiatrie (longue de deux siècles), quand d'autres la considèrent comme une forme d'évolution du soin psychiatrique, initiée au **xx^e** siècle. À partir de cette dernière assertion, il est possible d'esquisser une définition.

Premiers services pédopsychiatriques

Si les bases du soin psychiatrique sont établies au **xix^e** siècle, le premier phénomène qui marque les débuts du **xx^e** siècle est la massification de l'expérience psychiatrique. Certes, ce n'est pas encore le paradigme de la santé mentale, mais le corps médical se préoccupe déjà de l'accès aux soins psychiatriques de nouvelles catégories de population (enfants, personnes âgées) et commence timidement à parler de prophylaxie². La file active³ d'un département a été multipliée par quatre ou cinq en l'espace d'un siècle (1830-1930) et les asiles n'y suffisent plus, notamment à Paris : les malades chroniques sont alors transférés en masse vers la province. Cet essor démographique est nourri par l'intégration d'autres formes de souffrances psychiques, tel l'alcoolisme des adultes ; des populations font l'objet de nouvelles politiques publiques comme la création de services pédopsychiatriques intégrés aux asiles. Toutefois, cette première étape, très embryonnaire, n'est en somme qu'une extension du domaine de la psychiatrie.

Les années 1910-1920 représentent un moment de rupture. Le Mouvement d'hygiène mentale, né aux États-Unis et qui devient mondial dans les années 1920, met l'accent

sur la prophylaxie mentale. À partir de l'expérience des tranchées pendant la Première Guerre mondiale, il est envisagé la possible survenue de troubles psychiatriques chez des individus apparemment sains d'esprit. Les spécialistes réfléchissent aussi à une meilleure prise en charge des patients appelés alors les « petits mentaux⁴ », dans des dispositifs temporaires sans internement. L'idée de prévenir les problèmes de santé mentale et de mieux les soigner en créant des espaces de soin plus libres est reprise auprès des civils par le psychiatre Édouard Toulouse, après avoir été expérimentée pendant la Grande Guerre auprès des militaires. L'expérience marque un tournant dans l'histoire de la santé mentale, mais elle reste exceptionnelle dans le dispositif psychiatrique national, ce type de services ne s'étant multiplié qu'après la Seconde Guerre mondiale.

Cette amorce de politique publique en santé mentale est concrétisée lors du Front populaire par Marc Rucart, ministre de la Santé et de l'Accès aux soins de France, maître d'œuvre de la circulaire du 13 octobre 1937. Celle-ci incite chaque département à déployer un nouveau dispositif de soin, fondé sur quatre ou cinq principes : création de dispensaires d'hygiène mentale avec consultations externes, généralisation de services libres d'observation et de traitement, création de services sociaux, attention spécifique accordée à la psychiatrie infantile, amélioration de la formation des infirmiers. Dans ce texte apparaissent nombre de principes qui seront présents dans les premiers textes réglementaires

évoquant spécifiquement la notion de santé mentale dans les années 1990 et 2000.

L'arrivée des médicaments

L'après-Seconde Guerre mondiale est marqué par plusieurs faits qui vont transformer le dispositif de soin. Le premier, c'est la mort de 45 000 malades mentaux durant la guerre, qui démontrait bien le caractère mortifère de la forme asilaire produisant les mêmes effets à chaque conflit. Le deuxième, c'est la reprise de cette critique par les réformateurs d'après-guerre qui s'accordent sur une prise en charge active des nouveaux patients, sans hospitalisation de longue durée, et sur le soin des malades chroniques par psychothérapie⁵. Le troisième, c'est la systématisation du recours aux médicaments, dont la production industrielle dans les années 1950 change les prises en charge. Le quatrième, c'est la politique de secteur⁶, qui transforme l'échelle de la prise en charge. Pensée après-guerre, expérimentée localement dans les années 1950, propulsée par le monde politique dans les années 1960, elle est généralisée dans les départements après 1972, puis concrétisée par la multiplication des structures extra-hospitalières dans les années 1980. Elle a été soutenue par l'arrivée de nouveaux personnels, notamment l'infirmier de secteur psychiatrique – dont l'existence a été plutôt brève (1973-1992).

Dans les années 1980, la psychiatrie s'est ouverte aux problématiques de santé mentale telles qu'on les entend aujourd'hui : extension des personnes ayant recours aux soins psychiatriques, attention portée à la prophylaxie mentale, ciblage de populations jugées vulnérables tels les enfants, ouverture à de nouveaux sujets (addictions, comportements alimentaires, vieillissement). Les années 1990 voient une demande croissante de soins, sous l'effet de facteurs sociaux inédits (conditions de travail dégradées, anxiété de la jeunesse, reconnaissance des traumatismes), mais aussi d'une communication plus active des autorités, élus locaux, associations d'aidants et collectifs de patients. La consécration de la notion de santé mentale intervient peu de temps après l'adoption

de la règle du budget global, obligeant les établissements psychiatriques à réduire le nombre de lits d'hospitalisation pour pouvoir développer les prises en charge ambulatoires et extra-hospitalières.

Aptitudes individuelles à la bonne santé

Les années 1985-1990 marquent indéniablement un changement de paradigme qui s'est traduit dans les textes officiels et dans la législation, et notamment par la grande loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Elle a été précédée par la circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale du 14 mars 1990, donnant un aperçu de ce qui est entendu dès lors par « santé mentale » : un périmètre d'intervention plus large que la lutte contre les maladies mentales, pensée au ^{xx}^e siècle, afin de promouvoir une représentation dynamique fondée sur le développement des aptitudes individuelles à la bonne santé. Déjà, dans cette définition, l'ambiguïté est présente entre une santé mentale considérée comme une transformation de la prise en charge psychiatrique – concernant seulement une partie de la population – et une santé mentale dans une acception plus large – concernant l'ensemble des populations.

La circulaire de 1990 insiste sur la mise en place de modalités de prévention ciblant les jeunes et les personnes âgées, et sur la nécessité de développer les connaissances en santé mentale des patients, des familles, des citoyens en général. En procédant ainsi, le texte brouille les frontières entre le soin psychiatrique institutionnalisé et le développement des compétences personnelles. Au début des années 2000, la notion de santé mentale esquissée dans ces précédents textes l'emporte, puis se diffuse dans la société. Un premier plan de santé mentale est adopté en 2001, qui fait une large place aux droits des usagers, démarche renforcée par la législation sur la démocratie sanitaire de 2002.

Le terme est aujourd'hui très employé, même si aucun consensus n'existe véritablement sur ce qu'il

recouvre exactement, comme en témoigne le documentaire⁷, qui indique que « 13 millions de Français sont concernés par des problèmes de santé mentale ». La plupart des témoignages portent sur des troubles psychiatriques : schizophrénie, bipolarité, dépression, troubles dissociatifs. Chaque séquence est ponctuée par le discours d'un psychiatre. L'ambiguïté demeure : on parle de santé mentale, mais il s'agit bel et bien de psychiatrie, alors que la politique publique accroît sans cesse depuis les années 1990 le périmètre de la santé mentale et que les moyens consacrés au soin psychiatrique décroissent et se transforment. Cela crée un effet de cisaille entre les besoins, l'affichage public et la réalité des soignants, une des racines de la crise qui secoue aujourd'hui la psychiatrie. ■

1. Film réalisé dans le cadre d'un projet Sciences avec et pour la société, soutenu par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (*Vous avez dit santé mentale ?* Juin 2025).

2. Toutes les actions de prévention contre les maladies mentales.

3. Nombre de patients différents vus en consultation au moins une fois dans l'année.

4. Expression assez maladroite qui tente de définir un groupe d'individus dont les troubles ne relèvent pas de la psychose et de l'internement asilaire, mais plutôt de souffrances psychiques moins handicapantes et curables par un soin sans internement.

5. Le terme rassemble un ensemble de pratiques proposées dans les hôpitaux psychiatriques d'après-guerre et qui sont destinées à socialiser les malades chroniques : rencontres sportives, voyages et sorties, organisations d'événements au sein de l'institution par exemple.

6. « La politique de sectorisation psychiatrique visait à mettre en place une coordination globale du parcours de santé, depuis la prévention, les soins et jusqu'à la réinsertion, fondée sur les principes de continuité et de proximité des soins. » Extrait art. M. Coldefy. Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes, *RFAS*, 2016, vol. 2 : p. 21-30 (NDLR).

7. Documentaire diffusé sur M6 en mai 2025, mêlant témoignages de célébrités et d'anonymes.

Pour en savoir plus

● Doron C.-O. L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques en santé mentale*, 2015 : p. 3-16. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-3?lang=fr&tab=resume>

● Henckes N., Majerus B. *Maladies mentales et Sociétés XIX^e-XX^e siècle*. Paris : La Découverte, 2022.

● Klein A., Guillemain H., Thifault M.-C. *La Fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au ^{xx}^e siècle*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2018.

Pas de santé mentale sans justice sociale

Aurélien Tinland,

praticien hospitalier,
responsable de l'équipe mobile
de psychiatrie précarité (Marss),
Assistance publique – Hôpitaux
de Marseille (AP-HM).

L'ESSENTIEL

▣ La santé mentale ne se résume ni à des troubles, ni à des destins individuels. Elle se construit, se fragilise ou se renforce en fonction de nombreux facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels. Pour améliorer le bien-être psychique de tous, il faut agir en amont sur ces déterminants. Cela suppose de délaisser l'approche centrée sur le soin pour des politiques multisectorielles coordonnées sur le logement, l'emploi, la lutte contre la pauvreté et les discriminations, etc.

La santé mentale fluctue au sein d'un tissu de conditions sociales, économiques, politiques et culturelles qui ne sont pas également réparties. Les niveaux individuel, social, institutionnel et contextuel s'articulent de manière complexe au sein d'un système d'interactions dynamiques, qui façonne et transforme la santé mentale des individus et des populations. C'est cette lecture à la fois structurelle et systémique¹ des déterminants de la santé mentale qui sera abordée ici. Les déterminants de la santé sont les grandes catégories de conditions qui influencent la santé des populations, sans toutefois la déterminer totalement. Hormis les déterminants biologiques, ces derniers ne sont pas naturels, mais liés à des phénomènes sociaux et politiques, comme la difficulté d'accès aux ressources (argent, logement, emploi, etc.) ou l'exclusion, la stigmatisation et les discriminations. Puisque leur répartition est socialement et politiquement construite, elle peut être socialement et politiquement reconstruite. Il est

admis qu'on peut les classer en quatre niveaux [1] :

- déterminant individuel : socio-démographique, expérience de vie, adversité, santé physique et psychologique ;
- déterminant familial : configuration et dynamique familiales ;
- déterminant communautaire² : environnement social, géographique et physique, accès aux services et aux systèmes de soutien ;
- déterminant structurel : normes et droits, facteurs globaux, économiques et politiques.

Selon leur nature et leur intensité, les déterminants de la santé mentale peuvent avoir un impact positif ou négatif, c'est-à-dire qu'ils peuvent modifier la probabilité de survenue d'un événement de santé, sans causalité mécanique. Pour chacun de ces déterminants, on identifie des facteurs de risque (qui augmentent la probabilité de mal-être et de troubles) et des facteurs de protection (qui favorisent le rétablissement et le bien-être). Par exemple, au niveau communautaire, la cohésion sociale est un facteur de protection, tandis que la stigmatisation ou l'isolement sont des facteurs de risque (voir article p. 14).

L'effet cumulatif des déterminants sociaux

Les impacts des déterminants sociaux sont complexes : ils peuvent être directs ou indirects, interagir à différents niveaux, et se manifester dans un temps long, voire sur plusieurs générations. De nombreuses études établissent un lien causal entre des déterminants sociaux négatifs (pauvreté, discrimination, problèmes de logement, chômage, isolement) et une augmentation du risque de troubles psychiques [2]. Les déterminants sociaux ont des effets différentiels selon le genre, l'origine, l'orientation

sexuelle et le profil des troubles psychiques [2]. Les inégalités commencent dès la période prénatale (les conditions socio-économiques défavorables dès la grossesse et la petite enfance amplifient les risques de détresse psychique future) et peuvent s'accumuler tout au long de la vie [3]. L'effet cumulatif des risques sociaux entraîne des inégalités extrêmes parmi certains groupes, comme celui des personnes sans abri, créant des cercles vicieux où l'exposition aux risques sociaux réduit progressivement les capacités d'agir, d'accéder aux ressources ou d'entrer dans des parcours de soin. En fonction des milieux de vie et des contextes nationaux, les inégalités se transmettent de génération en génération [3 ; 4].

Le stress constitue l'un des mécanismes principaux par lesquels les inégalités sociales s'impriment dans les corps et dans les trajectoires. Stress précoce et stress chronique engendrent des effets durables sur la santé mentale, en interagissant avec des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, les études sur les expériences négatives de l'enfance ont montré que l'exposition à des violences, des négligences, des abus ou à une instabilité familiale durable augmente fortement le risque de maladies chroniques, de conduites à risque et de troubles psychiques à l'âge adulte [5]. La santé mentale n'est donc pas seulement une affaire de comportement ou de constitution individuelle, elle est largement façonnée par les conditions de vie, les ressources disponibles, le tissu social, ainsi que les normes et les politiques publiques.

La santé mentale publique

La notion de santé mentale publique prend ici tout son sens. Contrairement à la santé mentale individuelle, la santé mentale publique s'intéresse



aux déterminants et aux actions sur les causes sociales et politiques des troubles, en amont de leur expression individuelle [6]. Les auteurs qui ont fait l'histoire de ce concept remontent en 1908, à la publication du livre de Clifford Beers : *A mind that found itself*, où il décrit ses hospitalisations psychiatriques et appelle à une réforme de l'asile ainsi qu'à une approche plus humaine et préventive du traitement des troubles psychiques. En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intègre la santé mentale dans sa définition de la santé, en reconnaissant les déterminants sociaux, et contribue à donner une dimension collective, internationale et scientifique à cette perspective [6]. Plus récemment, devant l'aggravation des inégalités, la politisation explicite de la santé mentale publique est de plus en plus revendiquée, avec la justice sociale comme principe directeur, et une approche intersectionnelle luttant contre racisme, stigmatisation et pauvreté [7].

Des politiques de santé mentale publique à la hauteur des enjeux supposent d'agir à différents niveaux : la santé, bien sûr, mais aussi l'éducation, le logement, l'emploi, la justice, l'urbanisme, etc. Cela implique des politiques multisectorielles coordonnées, des budgets dédiés, et une volonté de remettre la santé au cœur de toutes les politiques. Elles doivent à la fois viser une transformation sociale et reconnaître les dimensions plus subjectives de la santé mentale. Certaines périodes de la vie – périnatalité, enfance, adolescence – sont critiques et doivent faire l'objet d'interventions précoces.

Une approche par la justice sociale, ce sont aussi des initiatives ciblées, portant attention à certains groupes sociaux défavorisés : médiation, éducation, lutte contre les discriminations, réduction des risques, etc., initiatives qui doivent être adaptées

aux besoins locaux et régulièrement réévalués. C'est l'universalisme proportionné : allouer des ressources spécifiques en plus des services de droits communs afin d'atteindre une équité réelle plutôt qu'une égalité théorique. Ces politiques ne peuvent être uniquement descendantes. La reconnaissance des savoirs expérientiels, la participation réelle des personnes concernées à l'élaboration des réponses et la promotion de leur pouvoir d'agir (*empowerment*) sont des leviers essentiels pour qu'une politique de santé mentale soit juste, efficace, démocratique et respectueuse des droits individuels et collectifs.

Ainsi, face à la grande précarité, une approche strictement clinique est peu efficace si elle n'est pas armée avec l'ensemble des politiques publiques : logement, réduction des risques, accompagnement global intégrant la question des conditions de

vie, des liens sociaux et du travail. Les politiques de type Logement d'abord (*Housing first*) ont montré qu'on pouvait loger durablement des personnes en grande précarité, y compris avec des troubles psychiques. Elles ont permis des avancées concrètes, même si elles restent marginales à l'aune des besoins.

Pour avoir un impact sur la santé mentale de tous, il convient donc d'agir en amont sur l'ensemble des déterminants sociaux, et pas uniquement sur le soin ou l'accompagnement individuel. Pourtant, le modèle dominant reste centré sur la prévention des comportements et sur la réparation individuelle. Or, sans transformation des approches de santé mentale vers un modèle préventif agissant systématiquement sur les racines structurelles des inégalités de santé mentale, celles-ci risquent de se renforcer. ■

1. Structurelle, car elle souligne le rôle central des conditions sociales et politiques qui produisent les inégalités ; systémique, parce qu'elle considère l'interdépendance et l'articulation complexe et dynamique des niveaux dont les interactions influencent la santé mentale.

2. Terme traduit l'anglais *community* qui désigne, en santé publique, l'échelle collective locale. En français, il ne renvoie pas au communautarisme, mais aux dynamiques sociales et territoriales du vivre-ensemble.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cadre conceptuel pour la santé publique. *School for Public Health Research*. En ligne : <https://www.publicmentalhealth.co.uk/>
- [2] Kirkbride J. B., Anglin D. M., Colman I., Dykxhoorn J., Jones P. B., Patalay P. *et al.* The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 2024, vol. 23, n° 1 : p. 58-90. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10786006/>
- [3] *Social Determinants of Mental Health*. Genève : World Health Organization, 2014 : 54 p. En ligne : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf
- [4] D'Sa S., Foley D., Hannon J., Strashun S., Murphy A.-M., O'Gorman C. The psychological impact of childhood homelessness. A literature review. *Irish Journal of Medical Science*, 2021, vol. 190, n° 1 : p. 411-417. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32488463/>
- [5] Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz J., Edwards V. *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, vol. 14, n° 4 : p. 245-258. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>
- [6] Campion J. Public Mental Health. *British Journal of Psychiatry International*, 2018, vol. 15, n° 3 : p. 51-54. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/326455069_Public_mental_health_key_challenges_and_opportunities
- [7] McGinty B. The future of public mental health: challenges and opportunities. *The Milbank Quarterly*, 2023, vol. 101 (Suppl. 1) : p. 532-551. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10126977/>

Le lien social, soutien essentiel de la santé mentale

Arnaud Goulliart,
délégué général de la Fédération française
pour les liens sociaux.

L'ESSENTIEL

► Il est important de comprendre les facteurs de risque et de protection de la santé mentale pour agir sur ses déterminants environnementaux notamment, telles les conditions de vie. Parmi eux, les liens sociaux occupent une place structurante. En témoigne la résolution de l'Organisation mondiale de la santé, qui invite à en faire un axe prioritaire de la politique de santé, visant en particulier les populations isolées vulnérables.

La santé mentale est le fruit d'interactions complexes, tout au long de la vie, entre des dimensions individuelles, sociales et environnementales. Elle ne se limite pas à l'absence de troubles, mais englobe la capacité à faire face aux difficultés, à établir des relations et à participer à la vie sociale [1]. Pour en comprendre les dynamiques, la littérature distingue les facteurs de risque – qui augmentent la probabilité d'une altération de la santé mentale – et les facteurs de protection – qui en favorisent le maintien ou la restauration [2 ; 3]. La distinction entre facteurs de risque et facteurs de protection ne relève pas d'une simple typologie. Elle reflète une façon de concevoir la santé mentale comme un processus évolutif et modulable. Les facteurs de risque sont des caractéristiques individuelles ou des conditions sociales, économiques et environnementales qui fragilisent la santé mentale. À l'inverse, les facteurs de protection en soutiennent l'équilibre. Ils agissent souvent ensemble, dès la petite enfance et tout au long de la vie [4]. Ils peuvent être biologiques (vulnérabilités génétiques, antécédents familiaux), psychologiques (faible estime de soi, stratégies d'adaptation inefficaces) ou sociaux (précarité, perte d'emploi, difficultés scolaires, isolement et solitude, discrimination). La recherche insiste sur l'importance des facteurs modifiables, notamment ceux liés aux conditions de vie, comme la qualité du logement, l'accès aux soins, la stabilité de l'emploi, le niveau de revenu ou encore l'environnement social. Agir sur ces déterminants sociaux permet de réduire les risques et de renforcer durablement la santé mentale [5].

Parmi ces déterminants, les liens sociaux jouent un rôle particulièrement structurant. Ils désignent la façon dont les gens interagissent les uns avec les autres, couvrant les aspects structurels et fonctionnels, ainsi que la qualité de ces relations. Leurs effets sont aujourd'hui bien documentés. Une méta-analyse de référence indique qu'un réseau social riche est associé à une réduction significative du risque de mortalité prématurée [6]. Sur le plan psychologique, le soutien social favorise la régulation émotionnelle, diminue les effets du stress et renforce le sentiment de sécurité [7]. À l'inverse, l'isolement social augmente le risque de troubles dépressifs, anxieux ou de conduites suicidaires, quel que soit l'âge [8].

Construire des communautés reliées

Le 23 mai 2025, lors de sa 78^e Assemblée mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une résolution historique consacrée spécifiquement aux liens sociaux. Ce texte marque une étape décisive dans la reconnaissance des liens sociaux comme un déterminant majeur de la santé. Elle appelle les États membres à les intégrer (programmes

d'amitié, groupes de soutien pairs, compagnons animaux et robots...) comme un axe prioritaire de santé. La résolution souligne également que la déconnexion sociale touche plus fortement certaines populations vulnérables. Elle appelle à davantage d'efforts inclusifs et intersectoriels pour construire des communautés plus reliées et plus résilientes. Les liens sociaux ne tiennent pas seulement à la quantité de relations. Leur qualité, leur stabilité, et la possibilité de les mobiliser en cas de besoin sont tout aussi essentielles. Promouvoir la santé mentale suppose donc de créer des environnements qui facilitent des relations durables, bienveillantes et accessibles. Il ne s'agit pas ainsi de soigner uniquement des troubles, mais de favoriser la santé relationnelle et sociale. Alors que les liens sociaux se fragilisent, réinvestir les ressources relationnelles et les solidarités de proximité, dans le domaine de l'urbanisme, des groupes communautaires ou encore de la prescription sociale, est devenu un enjeu de santé publique. C'est une façon de relier la santé mentale aux réalités sociales et aux territoires de vie. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Rapport mondial sur la santé mentale. Transformer la santé mentale pour tous*. Genève : OMS, 2022 : 28 p. En ligne : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356117/9789240051928-fre.pdf?sequence=1>
- [2] Keyes C. L. M. Promoting and protecting mental health as flourishing. *The American Psychologist*, 2007, vol. 62, n° 2 : p. 95-108. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324035/>
- [3] Patel V., Saxena S., Lund C., Thornicroft G., Bain-gana F., Bolton P. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 2018, vol. 392, n° 10157 : p. 1553-1598. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/abstract)
- [4] Hughes K., Bellis M. A., Hardcastle K., Sethi D., Butchart A., Mikton C. *et al.* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2017, vol. 2, n° 8 : e356-e366. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30118-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30118-4/fulltext)
- [5] Marmot M., Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*, 2012, vol. 126, suppl. 1 : S4-S10. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22784581/>
- [6] Holt-Lunstad J., Smith T. B., Layton J. B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 2010, vol. 7, n° 7 : e1000316. En ligne : <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>
- [7] Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, vol. 98, n° 2 : p. 310-357. En ligne : <https://psycnet.apa.org/record/1986-01119-001>
- [8] Santini Z. I., Koyanagi A., Tyrovolas S., Mason C., Haro J. M. The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 1^{er} avril 2015, vol. 175 : p. 53-65. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25594512/>

Considérer *l'habiter* pour soutenir la santé mentale

Nicolas Chambon,

sociologue, professeur associé à la Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO), centre Max-Weber, directeur de publication de la revue *Rhizome* (Observatoire Santé mentale, Vulnérabilité et Sociétés – Orspere-Samdarra).

En 2025, 4,2 millions de personnes en France vivraient en situation de *mal-logement*¹ et environ 350 000 personnes seraient sans domicile, contre 143 000 en 2012 [1]. Ces chiffres sont marqués par des inégalités structurelles importantes : économiques, sociales, territoriales, générationnelles, de genre et surtout migratoires. En 2021, 81 % des personnes hébergées en centre d'hébergement généraliste n'avaient pas la nationalité française [2]. Quant aux personnes en situation administrative complexe (déboutées de l'asile, jeunes non reconnus mineurs non accompagnés, etc.), elles sont largement exclues des dispositifs d'hébergement et survivent, généralement dans les métropoles, dans des campements ou des hébergements informels.

Si ces constats relèvent *a priori* de l'action sociale, ils sont aussi une problématique de santé mentale. Vivre sans un chez-soi expose les personnes à des risques plus importants de se trouver en situation de souffrance psychique. Les liens entre logement et santé mentale sont désormais bien documentés comme déterminants sociaux de santé [3]. La peur de l'expulsion, ou encore les ruptures répétées créent une insécurité permanente. Cette instabilité peut d'ailleurs être un frein à l'accès au soin en santé mentale. Gwen Le Goff [4] démontre comment les personnes migrantes en situation de précarité ne

peuvent pas accéder à des thérapies spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme. L'absence de stabilité serait un frein à l'efficacité des thérapies d'exposition. En effet, ces approches supposent un cadre sécurisant, difficilement compatible avec l'extrême précarité sociale, le stress des démarches administratives ou encore l'absence d'interprétariat.

Une politique mise à l'épreuve

Historiquement, le traitement des troubles psychiatriques a été pensé à partir d'une prise en charge exclusivement institutionnelle des patients : l'asile en est la figure emblématique, fondée sur l'idée d'une incapacité supposée à vivre de façon autonome. Désormais, il s'agit de renverser cette perspective. Le programme Un chez-soi d'abord incarne cette évolution [5], considérant que le logement stable est une condition de tout accompagnement efficace. Cette expérience a permis de comprendre [6] qu'un habitat digne agit comme un facteur protecteur. Elle montre aussi que la santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles psychiatriques avérés : un logement constitue un facteur de soutien en santé mentale, y compris pour des personnes fragilisées par la migration, la précarité ou l'isolement, sans diagnostic psychiatrique.

L'approche du Logement d'abord² prend en compte cette dimension. Elle est portée par différents États, notamment en Europe. Cette politique l'est en France par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). Cependant, aujourd'hui, son développement est mis à l'épreuve de la réalité. Plusieurs obstacles persistent : la rareté de logements disponibles sur certains

L'ESSENTIEL

■ **En France, 4,2 millions d'individus sont mal logés, dont 350 000 sans domicile. Cette question sociale se double d'un enjeu, moins visible, de santé mentale. En effet, l'habitat digne joue un rôle protecteur, comme l'a montré le programme Un chez-soi d'abord, destiné aux personnes ayant un trouble psychique, et faisant du logement un élément fondamental du rétablissement. La politique publique du Logement d'abord s'adresse aujourd'hui aux personnes en situation de grande précarité, considérant que disposer d'un « chez soi » renforce la santé mentale. Cette approche implique une évolution du travail des professionnels, pour un accompagnement plus attentif aux dimensions psychiques de l'habiter.**

territoires, la réticence de certains bailleurs sociaux ou privés à louer à des personnes jugées trop vulnérables, le manque de soutien politique local, ou encore la situation administrative irrégulière de nombreuses personnes, qui les exclut d'emblée de certains droits. À cela s'ajoute un enjeu moins visible, mais tout aussi important : l'attachement des personnes et des professionnels aux dispositifs d'hébergement, qui continuent de jouer un rôle central dans la réponse au *sans-abrisme*³. Même si l'autonomie y est contrainte, on peut s'y sentir « bien » et parfois « chez soi » : l'hébergement est alors un milieu familier où l'on aménage son espace et où l'on noue des sociabilités [7].

L'accès au logement ne suffit pas

La transformation du champ de l'hébergement à la lumière des principes du Logement d'abord constitue

Dossier

Santé mentale : comprendre les déterminants pour agir

un enjeu majeur. Il ne s'agit pas seulement de « trouver » un logement, mais de permettre à des personnes de faire l'expérience d'habiter. Cela suppose que les professionnels apprennent à enquêter *l'habiter*, c'est-à-dire à accompagner non seulement l'accès matériel au logement par les personnes, mais aussi la façon dont elles se l'approprient et le transforment. En effet, habiter ne se réduit pas à occuper un logement, c'est d'abord une façon personnelle de s'inscrire dans l'environnement en rendant l'espace familial [8]. Dans cette perspective, accompagner ne signifie pas seulement projeter la personne dans un ailleurs idéal, mais faire avec l'existant : ses lieux de vie actuels, ses attaches, son environnement et ses façons d'habiter le monde.

Quand la santé mentale s'enrichit de la considération de *l'habiter*, cela peut permettre d'agir différemment auprès des individus en situation de précarité pour :

- *assurer leur sécurité*. Alors que pour ces derniers, l'espace psychique est généralement saturé par l'urgence de « tenir » au jour le jour et qu'ils sont les premières victimes de situations de violence, avoir un chez-soi stable peut participer à libérer de la disponibilité psychique et à se sentir apaisé. C'est pourquoi lutter contre l'insécurité sociale constitue un véritable enjeu dans l'action sociale aujourd'hui. Cela suppose aussi un travail de réassurance et une écoute attentive des besoins des personnes ;
- *restaurer l'intimité et l'estime de soi*. Disposer de son propre espace est souvent une revendication légitime des personnes en situation de précarité. Cela peut permettre ainsi de renouer avec des dimensions parfois inconsidérées, comme la sexualité, difficile à vivre dans les conditions de l'hébergement collectif. Picolet et Le Bossé [9] montrent par exemple comment des jeunes en habitat collectif ont exprimé leur difficulté à vivre leur vie affective et sexuelle, faute de conditions matérielles adaptées. Leur demande a obligé les professionnels à reconsidérer ce qui, dans le logement, permet ou empêche l'expression de l'intimité. Pouvoir fermer une porte ou décider qui l'on invite sont autant de gestes pouvant

paraître ordinaires, mais qui sont d'une grande importance ;

- *soutenir le lien social*. Vivre en centre d'hébergement n'est pas nécessairement source de lien, ou du moins de lien choisi. La précarité et les expériences traumatiques tendent à isoler les individus et à fragiliser leurs liens sociaux, alors même que le soutien relationnel est un facteur essentiel reconnu de santé mentale et de rétablissement. Disposer d'un chez-soi permet paradoxalement de s'ouvrir davantage à la sociabilité : c'est parce qu'on a un intérieur protecteur que l'on peut se risquer à en sortir. Dans cette perspective, le rôle du travail social est amené à évoluer : il deviendrait moins centré sur l'accompagnement social normatif que sur le soutien des ressources relationnelles. Pour cela, il est crucial de construire

une professionnalité du travail social attentive à la santé mentale et donc d'outiller les professionnels à reconnaître les dimensions psychiques de *l'habiter* et à les soutenir. ■

1. « [Pour Heidegger, en 1958], *l'habiter* (*wohnen*) signifie résider ou séjourner, habiter en paix, se sentir à l'aise ou chez soi dans un lieu donné. C'est ainsi que les humains habitent la terre. Il parle de lieux de résidence par opposition à d'autres types de constructions comme les gares ou les ponts. » Extrait de J. Urry, *Sociologie des mobilités*, chap. L'habiter, 2005. En ligne : <https://shs.cairn.info/sociologie-des-mobilités-9782200262792-page-135?lang=fr> (NDLR)
2. Il existe un diplôme universitaire Logement d'abord, proposé par l'université Lumière Lyon 2 et l'Orspere-Samdarra. En ligne : <https://orspere-samdarra.com/evenements-et-formations/diplomes-universitaires/du-logement-dabord/>
3. Terme utilisé pour « une des formes les plus extrêmes d'exclusion sociale, avec une incidence négative sur la santé physique et mentale, le bien-être et l'espérance de vie des personnes, ainsi que sur leur accès à l'emploi et à d'autres services économiques et sociaux. » Extrait du site de la Commission européenne. (NDLR)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fondation pour le logement. *L'État du mal-logement en France #30*. [Rapport annuel] 2025 : 342 p. En ligne : https://www.fondationpourlelogement.fr/wp-content/uploads/import/sites/default/files/2025-02/ETAT_DU_MAL_LOGEMENT_EN_FRANCE_WEB_2025.pdf
- [2] Caruso A. 200 000 personnes accueillies en centre d'hébergement début 2021 : Premiers résultats de l'enquête ES-DS. *Les Dossiers de la Drees*, octobre 2023, n° 113. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-10/DD113_2.pdf
- [3] Arcella-Giroux P., Morvan B., Vandentorren S., Joubert M. (coords.) Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. *La Santé en action*, septembre 2021, n° 457 : 56 p. En ligne : https://www.union-habitat.org/sites/default/files/articles/pdf/2021-11/le_logement_determinant_majeur_de_la_sante_des_populations_-_la_sante_en_action.pdf
- [4] Le Goff G. Soigner le trauma des migrants dans les centres régionaux de psychotraumatisme : entre enjeu de santé publique et épreuves pratiques. *Revue française des affaires sociales*, 2024, vol. 243, n° 3 : p. 193-213. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/386583861_Soigner_le_trauma_des_migrants_dans_les_centres_regionaux_de_psychotraumatisme_entre_enjeu_de_sante_publique_et_epreuves_pratiques
- [5] Estecahandy P. Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement. *La Santé en action*, mars 2020, n° 451 : p. 46-49. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/un-chez-soi-d-abord-accompagner-les-personnes-sans-abri-vers-et-dans-leur-logement>
- [6] Tinland A., Loubière S., Auquier P. Quels sont les principaux enseignements de la recherche quantitative Un chez-soi d'abord ? In N. Chambon, P. Estecahandy, É. Picolet, M. Hennin. *La Politique du Logement d'abord en pratique*. Paris : Presses de Rhizome 2022 : p. 25-32. En ligne : <https://shs.cairn.info/la-politique-logement-d-abord-pratique-9782494145016-page-25?lang=fr>
- [7] Uribe Larrea G., Alves de Carvalho D., Amaré S., Hadj-Brahim Y., Kalonji B., Koné Y. et al. *Considérer l'hospitalité des centres d'hébergement : une enquête participative*. Paris : Presses de Rhizome, 2023.
- [8] Breviglieri M. Penser l'habiter, estimer l'habitabilité. *Tracés. Bulletin technique de la Suisse romande*, 2006, n° 23 : p. 9-14. En ligne : https://hal.science/hal-01578031v2/file/Breviglieri_2006_Penser_l_habiter_estimer_l_habitabilite.pdf
- [9] Picolet É., Le Bossé Y. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC) : illustration de son application dans le cadre du Logement d'abord. In N. Chambon, P. Estecahandy, É. Picolet, M. Hennin. *La Politique du Logement d'abord en pratique*. Paris : Presses de Rhizome, 2022 : p. 177-184. En ligne : https://shs.cairn.info/article/CHLV_CHAMB_2022_01_0178?lang=fr&tab=resume&ID_ARTICLE=CHLV_CHAMB_2022_01_0178

« Bâtir un projet commun dans une approche globale, communautaire et participative »

Entretien avec
Sonia Charapoff,
Fanny Pastant,

coordinatrices nationales des conseils locaux de santé mentale (CLSM),
Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS).

La Santé en action : En quoi consistent les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et à quels besoins répondent-ils ?

Sonia Charapoff : Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) se définissent comme une démarche territoriale qui vise à construire une stratégie locale en matière de santé mentale. Celle-ci repose sur une logique de décloisonnement entre les différents acteurs concernés, qu'il s'agisse des professionnels du soin, des élus, des associations ou des personnes directement concernées par des troubles psychiques. C'est un espace de dialogue, de coordination et d'action qui permet aux acteurs d'un territoire – commune ou intercommunalité – de bâtir un projet commun dans une approche globale, communautaire et participative. Les CLSM contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, à transformer les pratiques de soins, et à donner une place aux personnes concernées. Ils sont particulièrement pertinents dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, car leurs habitants cumulent souvent des difficultés socio-économiques fortes sur lesquelles les CLSM peuvent agir en développant des actions spécifiques en faveur de l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement.

S. A. : Quel est le rôle du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS), centre national de ressources et d'appui des CLSM ?

Fanny Pastant : Le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, situé à Lille, a joué un rôle moteur dans le développement des CLSM en France. Il est né de l'expérience du secteur psychiatrique 59G21 (situé dans la métropole lilloise et regroupant six communes), reconnu par l'OMS pour ses pratiques innovantes et ouvertes sur la cité. Le CCOMS a développé progressivement un Centre

national de ressources et d'appui pour les CLSM.

Aujourd'hui, ce centre assure trois missions : l'accompagnement des territoires dans la création des CLSM ou dans leur fonctionnement, l'animation du réseau national (formations, événements, outils partagés) et la valorisation du dispositif à différents niveaux institutionnels. Il agit aussi comme interface avec les agences régionales de santé (ARS), les ministères, l'OMS, et travaille en étroite collaboration avec de nombreuses associations nationales regroupant différents champs et acteurs : la santé mentale (Psycom, Santé mentale France, Nightline, etc.), les élus locaux (Réseau français Villes-Santé, Élus santé publique et territoires, etc.), la psychiatrie publique (Association des psychiatres du secteur infanto-juvénile, Société française de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, etc.), les personnes concernées (Advocacy France, Collectif national inter groupements d'entraide mutuelle – Cnigem), les aidants (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – Unafam, Argos 2001), les acteurs de la solidarité, de la jeunesse, du logement, etc. Un comité d'orientation stratégique vient enrichir sa réflexion ; il réunit des élus, des psychiatres, des personnes concernées, des aidants et des coordinateurs, tous impliqués dans le CLSM de leur territoire.

S. A. : Quelle est la mission des CLSM ?

S. C. : Les conseils locaux de santé mentale développent une stratégie locale en santé mentale. Cinq grands objectifs sont poursuivis. Le premier est de lutter contre la stigmatisation de la santé mentale, car elle représente un frein majeur à l'accès aux soins, à l'accompagnement, et plus largement à l'exercice des droits des personnes concernées. Par exemple, les personnes concernées par des troubles dépressifs sont souvent perçues comme incapables, manquant de bonne volonté, diffusant leur mal-être autour d'elles, ce qui peut freiner l'accès à un emploi ou à la vie sociale de leur quartier. Ensuite, le CLSM agit sur les déterminants sociaux de la santé mentale, en reconnaissant que des facteurs comme le logement, l'emploi ou l'isolement jouent un rôle décisif sur la santé mentale

L'ESSENTIEL

■ **Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont pour mission de lutter contre la stigmatisation en santé mentale, d'agir sur les déterminants sociaux, de prévenir les troubles psychiques, de favoriser l'inclusion sociale des personnes concernées et d'améliorer les parcours de soins. Leur rôle est essentiel dans la coordination entre les acteurs d'un territoire pour mettre en œuvre une stratégie concertée sur la santé mentale et faire vivre sur le terrain des initiatives, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.**

d'une population. Le troisième objectif est la prévention des troubles psychiques via la sensibilisation et la formation (des professionnels de tous secteurs, des parents, des familles) ou encore le repérage précoce. Un autre volet important est l'inclusion sociale et la défense des droits des personnes concernées. Enfin, le CLSM travaille à l'amélioration de l'accès aux soins, pour que chacun puisse bénéficier de parcours de vie adaptés.

F. P. : Les CLSM fonctionnent avec les élus locaux, les professionnels du secteur psychiatrique notamment les chefs de pôle, mais aussi avec les psychologues, les infirmiers, les médecins généralistes, et enfin, les personnes concernées par des troubles psychiques, qu'elles soient organisées en association ou non, ainsi que leurs proches et les aidants. Autour de ce noyau dur viennent s'ajouter des acteurs du secteur social, de la justice, de l'éducation, du sport, de la culture, de l'emploi ou du logement, selon les spécificités locales. Un poste de coordination est indispensable pour la bonne marche du CLSM au quotidien.

S. A. : Comment sont-ils financés ?

F. P. : Les CLSM s'appuient en grande majorité sur un cofinancement entre l'agence régionale de santé (ARS) et la collectivité locale. D'autres modèles existent également. Certaines

structures sont entièrement portées par les collectivités ou par des hôpitaux, d'autres reposent sur des financements multiples, incluant parfois les hôpitaux ou des crédits de la politique de la ville. On constate une hétérogénéité des politiques régionales, car chaque ARS décide de ses priorités en matière de santé mentale, ce qui peut avoir un impact sur le déploiement du dispositif.

S. C. : Nous observons d'ailleurs une inégale répartition des CLSM sur le territoire : certaines régions comme le Centre-Val de Loire ou les départements et régions d'outre-mer (Drom) sont très peu couvertes, à l'inverse de l'Île-de-France, des Hauts-de-France ou de l'Occitanie. Cela s'explique par l'absence d'obligation réglementaire, des choix politiques locaux, un manque de connaissance de la démarche et un manque de financements dédiés. Au 30 juin 2025, on compte environ 300 CLSM actifs en France, auxquels s'ajoutent une centaine de projets en cours. Cette croissance s'est accélérée depuis 2017, après la création officielle du Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale et l'impulsion nationale donnée par l'État. Malgré tout, des freins financiers et politiques subsistent. Dans certains territoires, la santé mentale est perçue sous un angle uniquement sécuritaire ou médical, ce qui limite l'intérêt pour un dispositif transversal comme le conseil local de santé mentale.

S. A. : Pourquoi la Direction générale de la santé (DGS) reprecise-t-elle la mission des CLSM ?

F. P. : L'instruction de la DGS actualise celle de 2016, qui était incomplète, parfois peu claire, et qui nécessitait une mise à jour en raison de l'évolution du déploiement des CLSM. Dans un contexte où la santé mentale bénéficie d'une forte visibilité en lien avec la Grande Cause nationale, il paraissait intéressant de répondre aux besoins de clarification exprimés par les acteurs de terrain. Cette instruction s'accompagne d'un référentiel synthétique [1] et d'un guide complet [2] présentant nos principales recommandations. Y sont précisés le socle minimal d'acteurs et leur rôle – élus, représentants de la psychiatrie publique, personnes concernées, aidants, coordination – ; le fonctionnement des instances d'un conseil local de santé mentale, classiquement organisé en trois instances (comité de pilotage, groupes de travail, assemblée plénière) ; ou encore les articulations avec les autres démarches territoriales (contrats locaux de santé, ateliers Santé-villes, dispositifs d'appui à la coordination, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.).

S. A. : Comment la portée des CLSM est-elle mesurée ?

F. P. : L'évaluation de leur impact est complexe. C'est pourquoi l'instruction fait aussi des recommandations sur ce point, en distinguant les évaluations de processus, celles de résultats, et la capitalisation, pour que chaque conseil local de la santé mentale définisse ce qu'il souhaite et ce qu'il peut évaluer. Les évaluations scientifiques manquent, qui permettraient un regard global sur la démarche, mais les retours de terrain montrent que ces dispositifs modifient les pratiques professionnelles. Par exemple, les professionnels mettent en œuvre l'approche communautaire en impliquant systématiquement les personnes concernées dans les réflexions, l'élaboration d'un accompagnement, les prises de décision. De nouveaux processus de collaboration sont construits entre les acteurs de différents champs comme le logement, la sécurité urbaine, le médico-social, l'emploi, etc. Ils permettent ainsi des réponses plus adaptées aux besoins des habitants. Toutefois, il est difficile de mesurer leur effet sur des indicateurs comme le nombre d'hospitalisations ou la prévalence des troubles psychiques sévères.

S. C. : Les nombreux témoignages d'élus, de professionnels de santé et de personnes concernées montrent qu'en l'absence de CLSM, il est très difficile d'agir concrètement sur la santé mentale. C'est leur utilité pratique et leur capacité à créer du lien, qui les rendent aujourd'hui incontournables dans les territoires où ils sont implantés. Quand un CLSM devient inactif en raison du départ du coordonnateur, la crainte de perdre le travail en réseau est souvent largement partagée par les acteurs du territoire.

S. A. : Quelles actions ont été impulsées par les CLSM ?

F. P. : Elles sont très diverses et concernent de nombreuses thématiques. Par exemple, certains territoires ont mis à disposition des appartements pour faciliter les sorties d'hospitalisation dans un projet collaboratif entre le service de psychiatrie, les bailleurs sociaux et des associations. À Digne-les-Bains, des policiers ont été formés par le service de psychiatrie pour améliorer la prise en charge des personnes en difficulté psychique, et la mallette d'astreinte des élus a été enrichie de documents utiles sur les hospitalisations sous contrainte. À Lille, un projet autour de la dépression post-natale a été développé avec la formation de médecins généralistes, une exposition photo et une pièce de théâtre participative co-construite avec des parents. Dans le secteur de Toulouse, un bus itinérant

fait de la sensibilisation auprès des habitants dans les villes et dans les villages alentour. À Lens, un groupe de travail composé de personnes concernées a construit des livrets en langage Facile à lire et à comprendre (Falc) sur les mesures de protection. À Amiens, le CLSM a mis en place le dispositif Soupape, une permanence psychologique et sociale gratuite au sein des quartiers prioritaires de la ville (QPV). Et dans de nombreux territoires, les CLSM proposent la formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM) auprès des habitants et des agents des collectivités. Ces exemples montrent que les CLSM structurent des politiques publiques locales, créent des partenariats durables et agissent concrètement sur les déterminants de la santé mentale.

S. C. : Les collectivités ont pris conscience de leur rôle-clé en matière de santé mentale, notamment depuis la crise de la COVID, durant laquelle elles ont dû s'impliquer en urgence pour gérer ses effets qui ont eu un impact important sur la santé mentale des citoyens. Beaucoup d'élus souhaitent agir, mais ils se heurtent à la question des moyens. Le CLSM apparaît pour beaucoup comme un outil utile, voire indispensable, pour coordonner les acteurs et mettre en place des actions concrètes. Le travail de plaidoyer, de clarification, et de mise en réseau reste donc essentiel afin de faire avancer cette dynamique. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Instruction n° DGS/SP4/2025/78 du 20 mai 2025 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville*. Paris : ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2025 : 17 p. En ligne : <https://ressources-clsm.org/sites/default/files/2025-06/DGSSP4202578%20du%2020%20mai%202025.pdf>
- [2] *Créer et faire fonctionner un conseil local de santé mentale (CLSM). Guide de recommandations*. Hellemmes : Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale. 76 p. En ligne : <https://ressources-clsm.org/sites/default/files/2025-05/250519-Guide%20national%20CLSM-web.pdf>

« Les maisons des adolescents jouent un rôle de première ligne en santé mentale »

Entretien avec Raphaël Essers,
cadre socio-éducatif, maison des adolescents
de Guadeloupe et des îles du nord,
délégué interterritorial outre-mer, Association nationale
des maisons des adolescents.

La Santé en action : Qu'apporte une maison des adolescents (MDA) ?

Raphaël Essers : C'est un lieu d'accueil généraliste, ouvert à tous les jeunes de 11 à 25 ans, sans condition ni formalité administrative. Ces derniers peuvent y venir spontanément – et même anonymement – pour parler d'un mal-être, d'un problème personnel ou simplement pour trouver un espace d'écoute. Ses missions principales sont l'accueil, l'écoute, l'évaluation des situations, l'accompagnement de courte durée des jeunes et de leur famille, la prévention et la promotion de la santé, ainsi que le soutien aux professionnels¹. La première étape de l'accueil est toujours une évaluation bienveillante de la situation, qui permet de déterminer les besoins et les formes d'accompagnement possibles. Cela peut aller de quelques échanges ponctuels à des suivis plus individualisés ou une orientation vers des structures spécialisées comme les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ou des professionnels libéraux. Les MDA proposent aussi des ateliers collectifs – groupes de parole, santé sexuelle, gestion des émotions, etc. – afin de renforcer l'estime de soi, travailler sur les besoins repérés et créer du lien.

S. A. : Quels professionnels les jeunes peuvent-ils rencontrer ?

R. E. : Les équipes varient selon les territoires, mais y exercent souvent des éducateurs spécialisés, des psychologues, des infirmiers, des pédopsychiatres, parfois des assistants sociaux, ou encore des éducateurs à la vie affective et sexuelle. Le choix des profils est adapté aux réalités du territoire : en Guadeloupe, notre équipe est plutôt socio-éducative pour mieux répondre aux problématiques sociales et familiales des jeunes. Certaines maisons des adolescents (MDA) bénéficient aussi de professionnels mis à disposition par leurs

partenaires ; ces derniers sont fondamentaux pour le fonctionnement d'une MDA, où le travail en réseau est incontournable, tant les problématiques sont hétérogènes. Parmi ces partenaires, nous pouvons citer l'Éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les conseils départementaux, les missions locales, la caisse d'allocation familiale (CAF), les associations, les CMP, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les hôpitaux ou encore les tribunaux. Ils permettent à la fois une orientation fluide et un appui précieux pour des situations complexes. La MDA peut aussi proposer des formations aux professionnels, organiser des réunions cliniques partagées ou des séminaires thématiques.

S. A. : Les MDA sont-elles en cohérence avec la feuille de route de la santé mentale ?

R. E. : Bien qu'elles ne soient pas des structures spécialisées de prise en charge des troubles psychiques, les maisons des adolescents jouent un rôle crucial de première ligne en santé mentale. Elles permettent de repérer précocement des situations de souffrance psychique exprimée plus ou moins indirectement par des symptômes d'anxiété ou de dépression, des situations de harcèlement ou des crises suicidaires. Le cadre souple favorise la parole – ne sont exigés ni papier, ni carte Vitale, ni autorisation parentale pour les mineurs –, là où d'autres structures comme les CMP peuvent paraître trop médicalisées, voire stigmatisantes. Les MDA assurent ainsi une fonction de « tampon », en accueillant les jeunes en attente d'un accompagnement plus spécialisé, ce qui évite qu'ils restent seuls sans soin.

S. A. : Quelles actions sont menées en Guadeloupe ?

R. E. : La maison des adolescents de Basse-Terre a développé un accueil informel baptisé La Halte. C'est un espace de détente avec jeux, jardin et cuisine ouverte, qui permet aux jeunes de se poser et, à leur rythme, d'entrer en contact avec l'équipe. Nous avons choisi ce lieu, parce qu'il est proche d'un lycée : ainsi les jeunes peuvent librement

L'ESSENTIEL

■ **Les maisons des adolescents (MDA) sont des lieux d'accueil et de conseil gratuits, anonymes et sans formalité pour les jeunes de 11 à 25 ans. Les professionnels leur proposent de l'écoute et des activités ludiques ou éducatives, créant ainsi un lien de confiance essentiel. Ils repèrent alors les situations de souffrance psychique, et leur proposent un accompagnement court ou les orientent vers des structures de prise en charge adaptées.**

y venir pendant leurs heures creuses, sans demande particulière. Progressivement, certains d'entre eux demandent un rendez-vous avec un psychologue : cet accès informel favorise une première démarche vers un soutien psychologique, sans stigmatisation.

S. A. : Quels sont les freins au développement des MDA ?

R. E. : Le principal frein est financier. Les moyens alloués notamment par les agences régionales de santé (ARS) sont souvent insuffisants au regard des besoins du terrain. Ainsi, certaines MDA tentent de diversifier leurs sources de financement : conseil départemental, établissement public de coopération intercommunale (EPCI)/commune, CAF, préfecture, conseil régional, etc. En Guadeloupe, la MDA fonctionne avec seulement huit équivalents temps plein (ETP) sur trois sites pour un territoire aux multiples problématiques : précarité, mobilité difficile, archipel à couvrir, forte proportion de jeunes. Ceci empêche parfois une prise en charge rapide et qualitative. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Voir aussi le rapport annuel public 2025 de la Cour des comptes. En ligne : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-03/20250319-RPA-2025-maisons-des-adolescents.pdf> (NDLR).

Pour un urbanisme favorable au bien-être des citoyens

Lionel Prigent,

professeur, directeur du laboratoire
Géoarchitecture,
université de Bretagne occidentale.

L'ESSENTIEL

▣ Les villes d'aujourd'hui, où se concentre la moitié de la population mondiale, n'assurent pas une bonne qualité de vie à leurs habitants. Les facteurs de risque pour la santé mentale sont nombreux : pollution, densité, bruit, isolement social, etc. Introduire la nature dans les milieux urbains est un premier pas mais la diversité des paysages, l'accès à des services de proximité, à la culture et aux loisirs, les espaces animés et éclairés où les habitants se sentent impliqués sont tout aussi déterminants pour la résilience mentale.

La ville occupe une place centrale dans l'imaginaire collectif et dans la vie quotidienne de la majorité de l'humanité. On estime en effet que depuis les années 2010 plus d'un habitant sur deux dans le monde vit en ville ; la proportion, bien plus forte en Europe, s'accroît rapidement sur toute la planète, particulièrement en Afrique.

Les villes sont productrices de biens et de services et elles sont le creuset dans lequel peuvent se mener toutes les activités humaines, dès lors que les êtres humains entendent vivre en société. Cette observation est ancienne, mais la révolution industrielle a entraîné une brutale accélération de toutes les activités humaines et des transformations anthropologiques majeures. Produire, distribuer, accumuler constituent les fonctions essentielles des villes : cela concerne l'habitat, les biens et les services, le travail, une capacité à se déplacer, mais aussi le savoir, la culture, le divertissement. Les villes réunissent ainsi les conditions indispensables à l'autonomie et à la reconnaissance des individus, offrant un accès amélioré

aux services médicaux et aux infrastructures. Cependant, elles imposent également des pressions accrues sur les citoyens [1] : on y rencontre inégalité, précarité, congestion, pollutions de l'eau, de l'air, des milieux naturels et humains... Le cadre urbain devient alors source de stress, de maladies et participe autant à dégrader la santé mentale qu'à l'améliorer. Socle du bien-être individuel, mais aussi de la vie en collectivité, la santé mentale en ville résulte des trajectoires individuelles, d'un patrimoine personnel et collectif, d'une géographie et d'une histoire singulières d'un territoire, et des politiques publiques qui s'y exercent.

La ville, horizon de l'humanité

La ville est un tissu relationnel, matériel et symbolique qui façonne l'expérience quotidienne et renforce la charge mentale des habitants. Les dynamiques de transformation urbaine créent un environnement mouvant, qui influe sur le bien-être, favorablement ou défavorablement. Des travaux scientifiques étudient le cadre de vie et l'appréciation qui en est faite, en milieu urbain ou en milieu rural [2]. Ils confirment que l'isolement social, la densité, le bruit, la pollution sont autant de facteurs aggravant les troubles anxieux, tandis que des accès aux espaces verts et à la mobilité douce les atténuent par exemple [3]. Or, ces facteurs ne sont pas distribués de façon homogène ni entre les villes, ni dans chaque ville. Les inégalités sociales de santé sont également des inégalités environnementales. Surtout, les tendances observées concluent plutôt à une dégradation des cadres de vie qu'à leur amélioration. Une étude a mis en évidence une diminution de la surface d'espaces verts par habitant proportionnelle à l'augmentation de la densité populationnelle [4].

La ville concentre donc les défis de la modernité : individualisme, fragmentation sociale, précarité, mais aussi créativité et solidarité. Dans nombre de territoires urbains, initiatives politiques et discours insistent aujourd'hui sur l'hospitalité et sur l'imagination nécessaire pour maintenir une bonne qualité de vie. Au-delà des questions géographiques et de développement économique, la qualité de vie urbaine peut se mesurer à partir de l'évolution de la santé mentale [5]. Et l'urbanisme devient tout à la fois un instrument de diagnostic et un outil opérationnel.

L'urbanisme : entre science, art et praxis

L'urbanisme est un mode d'organisation et d'intervention sur les territoires agglomérés, où la densité humaine est source d'utilité, mais aussi de tensions. Il s'agit de comprendre, modéliser et agir pour améliorer la vie collective. À l'instar de la médecine ou de l'économie, ce champ de connaissance porte une attention simultanée à la quête de connaissance et à l'expérimentation en situation. Puisque la santé mentale dépend de nombreux facteurs : densité, nature, mobilité, accès aux services, qualité des relations sociales, sentiment d'appartenance [6], l'urbanisme a un rôle majeur à jouer pour façonner des environnements urbains plus sains, inclusifs et résilients. Des voix comme celle de Paola Vigano appellent à un urbanisme du soin : soin des territoires, de la nature et des personnes, dans toutes leurs dimensions [7].

Il ne s'agit plus de se demander si l'urbanisme doit s'emparer de la question de la santé mentale, mais de définir quel urbanisme est nécessaire. Quelques principes peuvent être énoncés [8] : déstigmatiser et accueillir toutes les populations, offrir un



cadre de vie favorable (nature, mobilité, activités, services de proximité), rendre accessibles et locales les structures de soutien, accompagner les transformations sociales et spatiales.

Multiplier les espaces verts

Différentes expérimentations permettent d'identifier des pistes d'action pour construire des villes mieux adaptées. L'une des idées les plus répandues consiste à accorder une plus grande place à la nature [9]. Plus récente, la règle des « 3-30-300 » est une recommandation qui peut avoir un impact, en introduisant trois critères simples [10] : voir au moins trois arbres depuis son logement ; vivre dans un quartier avec au moins 30 % de couverture arborée ; habiter à moins de 300 m d'un parc ou d'une forêt. La qualité de vie et le bien-être des citoyens sont ici soutenus par une meilleure répartition de la végétation en ville. Des études montrent que les personnes bénéficiant de ces trois critères présentent une meilleure santé mentale, consomment moins d'antidépresseurs et consultent moins

souvent des psychologues ou des psychiatres. Pourtant, ces trois critères ne représentent le cadre de vie réel que d'une minorité de citoyens, ce qui souligne l'importance d'intégrer davantage d'espaces verts dans les politiques urbaines pour lutter contre les effets négatifs de la vie en ville sur la santé mentale.

Toutefois, la valorisation des espaces verts dans les projets d'aménagement [7] n'est pas le seul domaine de l'urbanisme ayant un effet sur la santé mentale, et il ne doit pas occulter que c'est la diversité des paysages – alternance de bâtis, d'espaces verts, de plans d'eau, de lieux de sociabilité – qui favorise les sentiments de sécurité, la curiosité, l'ancrage et la résilience psychique. Des espaces bien conçus, accessibles, impliquant les habitants, éclairés et animés renforcent le sentiment de sécurité et de bien-être, tout en favorisant les interactions sociales. Dans une approche plus dynamique, il est également possible de transformer des zones inondables en parcs multifonctionnels afin d'allier gestion des

risques, biodiversité et espaces de loisirs. C'est aussi un moyen de mettre en évidence les différents rythmes de la ville et de proposer des espaces apaisés. Si l'on veut résumer en une règle simple, son énoncé serait la diversité, la qualité, l'attention esthétique apportées aux espaces notamment publics qui peuvent constituer des principes généraux favorables à la santé mentale. C'est une approche globale et intégrée de l'aménagement urbain, mais aussi de l'accès aux soins, à la culture et aux loisirs.

La ville n'est pas un simple décor : il est urgent de repenser l'urbanisme comme une pratique du soin, attentive à la diversité des situations et des besoins. Les expériences locales telles qu'à Brest, Lille ou Nantes montrent la voie et rappellent que tout résultat dépend de la capacité des acteurs locaux – élus, urbanistes, professionnels de santé, habitants – de s'engager pour une ville plus humaine, où la santé mentale soit un horizon central des politiques urbaines. ■

Pour en savoir plus

L'École des hautes études en santé publique propose une page web dédiée, avec des outils et des ressources sur l'urbanisme favorable à la santé. En ligne : <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/urbanisme-favorable-a-la-sante-ufs/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fang Z., Lin Y., Chen C., Jian J., Dong L. Mental health in China: exploring the impacts of built environment, work environment, and subjective perception. *Frontiers in Psychology*, 22 février 2024, vol. 15. En ligne : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1352609>
- [2] Ventriglio A., Torales J., Castaldelli-Maia J. M., Berardis D. D., Bhugra D. Urbanization and emerging mental health issues. *CNS Spectrums*, février 2021, vol. 26, n° 1 : p. 43-50. En ligne : <https://doi.org/10.1017/s1092852920001236>
- [3] Rozan A. Bénéfices de santé liés à la qualité de l'environnement. Peut-on négliger les coûts privés ? *Revue économique*, 2000, vol. 51, n° 3 : p. 595-608. En ligne : <https://doi.org/10.3406/reco.2000.410539>
- [4] Jabot F., Roué-Le Gall A. L'évaluation d'impact sur la santé peut-elle influencer les politiques d'espaces

- verts dans l'espace urbain ? *Santé publique*, 2019, HS1, S1 : p. 207-217. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.190.0207>
- [5] Bocher R. *Présentation du colloque*. Colloque international Villes & Santé mentale, Nantes, 1^{er}-2 décembre 2022, Métropole de Nantes : 2023 : p. 6-8. En ligne : <https://www.aiafondation.fr/2024/04/02/actes-du-colloques-ville-sante-mentale-nantes-1er-et-2-decembre-2022/>
- [6] Evans G. W. The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 2003, vol. 80, n° 4 : p. 536-555. En ligne : <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- [7] Viganò P., Mantziaras P. *Le Sol des villes*. Genève : MétisPresses, coll. VuesDense, 2016. En ligne : <https://air.iuav.it/handle/11578/267366>

- [8] Aavik R., Buffoli M., Cave B., Cleary A., Correia Quintas A., Dewitz A. *et al.* *Urban green space interventions and health: A review of impacts and effectiveness*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, bureau régional Europe, 2017 : 202 p. En ligne : <https://www.cbd.int/health/who-euro-green-spaces-urbanhealth.pdf>
- [9] Chalas Y. La ville de demain sera une ville-nature. *L'Observatoire*, 2010, vol. 2, n° 37 : p. 3-10. En ligne : <https://doi.org/10.3917/lobs.037.0003>
- [10] López M., Marco A.-D., Anav A., Sorrentino B., Paoletti E., Manzini J. *et al.* The 3-30-300 rule compliance: A geospatial tool for urban planning. *Landscape and Urban Planning*, 2025, vol. 261, art. 105396. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2025.105396>

Faire un travail de qualité, un facteur-clé de l'équilibre psychique

Bernard Dugué,
enseignant-chercheur en ergonomie,
Équipe d'ergonomie, Bordeaux-INP.

L'ESSENTIEL

■ **Se préoccuper de la santé mentale en milieu professionnel ne peut se réduire à des mesures cosmétiques pour prévenir les risques psychosociaux (RPS) ou développer le bien-être. Les conseils diététiques, d'hygiène de vie, les salles de sport et autres espaces de détente renvoient à une approche hygiéniste, à une responsabilité strictement individuelle, et ne seront jamais des réponses suffisantes. Il faut agir sur les déterminants structuraux de la santé mentale au travail : l'intérêt du travail et son sens, la possibilité de réaliser un travail de qualité, l'implication dans les changements organisationnels, l'élargissement de l'autonomie décisionnelle, la conciliation de la vie professionnelle avec la vie privée.**

En matière de santé mentale et de pathologies liées au travail, il faut garder à l'esprit deux préalables importants¹. D'une part des environnements professionnels ou des facteurs de risque identiques (p. ex. : le bruit ou l'activité sous cadence élevée) peuvent générer des troubles physiques chez certaines personnes et des troubles de nature psychique ou cognitive chez d'autres. Le rôle du stress dans la survenue de troubles musculosquelettiques (TMS) est aujourd'hui scientifiquement bien documenté [1]. D'autre part il faut identifier le niveau de prévention visé par les actions engagées. Que l'origine des troubles psychiques soit professionnelle ou non, la prise en charge des personnes afin de les maintenir dans l'emploi (prévention tertiaire) relève parfois de l'urgence, quand la pathologie s'accompagne de formes d'addiction ou de mise en danger. Toutefois, cela doit toujours être l'occasion de s'interroger sur les caractéristiques d'organisations ou de conditions de

travail potentiellement pathogènes : ceci permet alors de déployer des actions de prévention secondaire (permettant de gérer les risques) ou primaire (visant à supprimer les risques) en créant des environnements professionnels favorables à la santé mentale. À partir des travaux réalisés dans les différentes disciplines qui s'intéressent au travail (psychologie, physiologie, sociologie, ergonomie, sciences de gestion), il est possible d'en dessiner succinctement quelques contours.

Prendre soin de son travail

Rappelons que travailler, c'est agir dans un contexte donné, avec pour finalité la production d'un bien ou d'un service. Fondamentalement, c'est l'objet du travail des individus qui sert d'intermédiaire entre eux et leur environnement de travail humain et matériel. Par « objet du travail », nous entendons les pièces produites, dossiers traités, patients, usagers, personnes hébergées, animaux, plantations, etc. La possibilité pour chacun de prendre soin de ces « objets » va conditionner la façon dont se construit le rapport au travail.

La difficulté voire l'impossibilité ressentie de pouvoir faire un travail de qualité, dans lequel on peut se reconnaître, est une cause majeure de mal-être et de souffrance [2]. Autrement dit, il n'y a pas de qualité de vie au travail sans « qualité du travail », c'est-à-dire une activité perçue comme socialement utile, qui a du sens pour soi et pour ceux qui en sont les destinataires. Cela suppose aussi que l'on ne soit pas contraint de faire des choses contraires à une éthique personnelle et professionnelle, qui pourraient être assimilées à un travail « ni fait, ni à faire » ou à de la maltraitance. La situation en milieu de soins ou dans les métiers de prise en charge des personnes (éducation,

établissements d'hébergement pour adultes dépendants [Ehpad], crèches, prisons) en est une illustration.

Évoluer dans un environnement adapté aux besoins

La conception des postes, l'environnement physique de travail, les organisations spatiale et temporelle, les outils à disposition, en lien avec la tâche à réaliser ont des effets sur la santé notamment en termes de pénibilité. Ils ont en outre des répercussions sur les fonctions cognitives, notamment sur la capacité à se concentrer, à percevoir des informations, à communiquer avec ses collègues, à prendre des décisions adaptées [3]. Des conditions de travail dégradées ne constituent pas seulement des risques pour la santé physique, elles sont potentiellement génératrices d'une insatisfaction qui, s'il n'existe pas de possibilités d'amélioration, peut dégrader le rapport des individus à leur travail et engendrer de la souffrance [4]. L'environnement influence aussi la manière dont les salariés perçoivent la considération dont ils bénéficient de la part de leur employeur. Agir sur les facteurs environnementaux, matériels et organisationnels pour réduire les risques professionnels, c'est aussi permettre des modes opératoires qui ne gomment pas la subjectivité et laissent possible l'expression de la créativité des individus face à la tâche à réaliser.

Développer ses compétences

Si les tâches définies sont trop pauvres, si peu de place est laissée à la prise d'initiatives, à l'adaptation des modes opératoires, si le management ne favorise pas l'implication des salariés dans certaines décisions, le travail pourra difficilement être vécu comme une opportunité de valoriser

des savoirs et des savoir-faire, comme un développement possible des personnes. La santé au travail, comme le soutient Canguilhem, « est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur, mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales [5] ». Favoriser la santé mentale suppose des organisations dans lesquelles les individus peuvent exprimer leur autonomie, affirmer leur qualité propre. Ils doivent pour cela disposer de marges de manœuvre (techniques, organisationnelles, temporelles) [6] pour à la fois traiter des problèmes non anticipés par l'organisation et développer des stratégies qui leur soient adaptées. C'est cette capacité à ajuster son activité et à agir sur son milieu qui va soutenir des mécanismes de reconnaissance permettant de donner du sens à son travail, de contribuer à la construction de l'identité et à l'accomplissement de soi [4]. Les politiques de formation font bien sûr partie de cette dynamique de développement.

Construire des équilibres de vie

Comme le rappelle Clot, les sujets sont toujours « engagés dans plusieurs mondes à la fois ». La santé mentale au travail dépend aussi de la possibilité de gérer les liens complexes entre vie professionnelle et vie privée, dans un ayant des retentissements forts sur la vie psychique et sociale des individus. Bien des éléments peuvent rigidifier ou au contraire assouplir les conditions

de l'activité et les rythmes de vie des salariés : l'organisation du travail et des temps de travail, la définition, la planification et le suivi des tâches confiées, les dispositifs d'évaluation mis en œuvre.

Le morcellement des temps de travail ou les situations dans lesquelles les salariés ne voient pas d'autres issues que de réaliser du travail chez eux peuvent perturber la vie familiale et la vie sociale. Pour que le travail ne vienne pas aggraver des situations existantes et ne génère pas un déséquilibre des univers de vie, les politiques d'entreprise sont également déterminantes en matière de vieillissement, d'égalité professionnelle, de prise en compte de situations de handicap, de dispositifs pour accompagner des salariés atteints de maladies chroniques et évolutives [7]. Ces politiques témoignent, là aussi, de l'attention portée aux personnes, de la valorisation de la diversité et du pluralisme nécessaires au développement de toute organisation [8].

Discuter du travail

Développer le pouvoir d'agir des salariés passe par la possibilité d'échanges sur le travail, ses finalités, son contenu, ses conditions. L'existence d'un dialogue social avec les représentants des salariés, et d'un dialogue professionnel avec la hiérarchie et au sein des collectifs de travail sont des conditions essentielles au développement conjoint des individus et des organisations. Si un individu est dans l'impossibilité d'extérioriser et de mettre en discussion ce qui fait

tension dans le travail, les dilemmes de l'activité, les conflits de valeurs, les tiraillements entre les buts de l'organisation et les siens autour de la manière de faire son travail, cela risque de se traduire par des conflits intrapsychiques, quand ces points de tension auraient dû être posés comme de nécessaires débats professionnels collectifs. Ceci est particulièrement nécessaire lorsque le travail expose les salariés à des formes de violence.

Le management des entreprises françaises fait l'objet de nombreuses critiques, comme en rend compte le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [9]. Pourtant, il est possible de développer des pratiques managériales moins verticales, moins directives, qui favorisent une relation de confiance et de soutien aux équipes, qui s'appuient sur la participation des salariés aux projets de changements. Il s'agit autrement dit de fonder une autorité managériale sur le dialogue [10] et sur l'attention portée aux difficultés rencontrées par les personnes dans leur travail, tout en s'inscrivant dans une perspective plus large de subsidiarité, qui va favoriser les prises de décision au plus bas niveau pertinent [11] et constituer ainsi ce que Falzon et Mollo nomment des organisations capacitanes [12]. ■

1. Tout en rappelant qu'être privé d'emploi est encore plus délétère pour les individus, et qu'une situation professionnelle stable, avec un revenu décent, est essentiel en termes de santé mentale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Davezies P. Souffrance au travail et enjeux de santé : le rôle-charnière de l'inflammation et du stress oxydant. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2017, vol. 19, n° 1. En ligne : <http://pistes.revues.org/4953>
- [2] Clot Y. *Le Travail à cœur*. Paris : La Découverte, 2010.
- [3] Gollac M., Volkoff S., Wolff L. *Les Conditions de travail*. Paris : La Découverte, 2014.
- [4] Dejours C. *Travail : usure mentale*. Paris : Bayard, 1993.
- [5] Canguilhem G. *Le Normal et le Pathologique*. Paris : PUF, 1966.
- [6] Coutarel F., Zare M., Caroly S., Aublet-Cuvelier A., Vézina N., Garrigou A. et al. *Marges de manœuvre : des concepts à la transformation du travail*. Toulouse : Octarès, 2024.
- [7] Valléry G., Leduc S. *Les Risques psychosociaux*. Paris : PUF, 2012.
- [8] Wolfe Morrison E., Milliken F. J. Organizational silence : A barrier to change and development in a pluralistic world. *The Academy of Management Review*, 2000, vol. 25, n° 4 : p. 706-725. En ligne : <https://www.jstor.org/stable/259200>
- [9] Bartoli F., Hautchamp M., Dieuleveux T., Laloue F. *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède) et de la recherche*. [Rapport] Inspection générale des affaires sociales (Igas), 2025, tomes I et II. En ligne : <https://igas.gouv.fr/pratiques-managerialles-dans-les-entreprises-et-politiques-sociales-en-france-les-enseignements-dune-comparaison-internationale-allemande-irlande-italie-suede-et-de-la-recherche>
- [10] Detchessahar M. (coord.) *L'Entreprise délibérée. Refonder le management par le dialogue*. Bruyères-le-Châtel : Nouvelle Cité, 2019.
- [11] Dugué B., Petit J. Subsidiarité et gouvernance des entreprises. In F. Guarnieri et P. Zawieja (coord.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Éditions du Seuil, 2014 : p. 757-759.
- [12] Falzon P., Mollo V. Pour une ergonomie constructive : les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 2009, vol. 5, n° 1 : p. 61-69.

« Les nouvelles générations ont besoin de sens »

Entretien avec

Kelly-Ann Gilbert,

Lucie Rouleau,

agentes de relations humaines pour la promotion-prévention en santé mentale positive en milieu scolaire,

Malorie Toussaint-Lachance,

agente de planification, de programmation et de recherche, répondante régionale pour la promotion-prévention en santé mentale, Direction de la santé publique de la Montérégie (Québec),

Caroline Langlais,

responsable des volets santé mentale, bien-être et prévention des dépendances, Centre de services scolaires des Grandes-Seigneuries (CSSDGS), Montérégie.

L'ESSENTIEL

► Au Québec, le projet Épanouir est déployé depuis 2020 pour renforcer la santé mentale et le bien-être des élèves. Au volet renforcement des compétences psychosociales des jeunes s'ajoutent les actions contribuant à créer un milieu scolaire sain et sécurisant. Dans la région de Montérégie, elles s'incarnent de différentes façons : de la création de jardins dans les établissements à l'implication des familles dans la vie de l'école, en passant par la formation du personnel à la communication bienveillante.

La Santé en action : En quoi consiste le projet Épanouir dans les écoles ?

Malorie Toussaint-Lachance : L'école est un lieu où les jeunes passent une part importante de leur temps, elle fait partie de la communauté. Le projet Épanouir vise à faire de l'école un milieu de vie sain, sécuritaire et bienveillant. Pour ce faire, il développe une approche globale, qui privilégie plusieurs niveaux d'action de manière à augmenter l'efficacité de nos interventions sur la santé de l'élève et sur son bien-être, en travaillant en direction des jeunes, du personnel des établissements, des familles et en impliquant les municipalités et les organismes communautaires¹. En nous fondant sur les éléments qui ont été évalués efficaces ou prometteurs par des études rigoureuses, nous pouvons contribuer à prévenir différents types de problèmes ou de comportements négatifs et ainsi améliorer à la fois la santé physique, la santé mentale et la réussite éducative.

Caroline Langlais : Au Québec, les établissements ont l'obligation de mettre en œuvre un Plan d'engagement vers la réussite (PEVR), d'une durée de cinq ans, qui comporte un objectif « amélioration du bien-être ». Nos services régionaux de la santé publique et de l'éducation travaillent de concert afin de les accompagner, en partant de leurs besoins. Les connaissances scientifiques sont vulgarisées pour les aider à mettre en œuvre des actions qui vont concilier les objectifs de réussite scolaire et de santé mentale positive. Celles-ci sont de plusieurs ordres : aménagements, infrastructures, formation des équipes-écoles, relations avec les parents, etc.

S. A. : Quels aménagements favorisent le bien-être à l'école ?

C. L. : Il est essentiel que les projets soient conçus avec la participation des jeunes. Dans une école secondaire², nous leur avons demandé ce qui pourrait améliorer leur santé mentale positive. Ils ont répondu : « avoir un lieu où l'on se sente bien pour se retrouver ensemble ». Un local leur a été accordé, qu'ils ont décoré avec leurs productions artistiques ; des instruments de musique ont été achetés grâce à la mobilisation de partenaires extérieurs ; des travailleurs sociaux et une intervenante du Carrefour jeunesse-emploi viennent deux fois par semaine pour créer un lien avec les élèves.

Kelly-Ann Gilbert : Dans les écoles primaires se développent les « classes flexibles ». Les élèves ne sont plus forcément placés à des tables les unes à côté des autres ; ils peuvent choisir de s'asseoir sur un tapis ou sur un petit ballon. Leurs besoins sont pris en compte pour capter leur attention et favoriser les apprentissages. Les « corridors actifs » sont également populaires, surtout au primaire : les sols et les murs des couloirs sont agrémentés de visuels qui incitent les enfants à s'activer physiquement et mentalement pendant les pauses.

Lucie Rouleau : Il y a de plus en plus de projets en lien avec la nature, des jardins sont aménagés au sein des établissements avec des petites serres pour l'hiver. Des partena-

riats se multiplient avec les maraîchers, la Montérégie étant une grande région agricole avec de nombreuses écoles en milieu rural. Les jeunes apprennent à faire des semences, à cultiver ; ils vendent une partie de leur production à la communauté, et celle-ci vient s'occuper des jardins pendant les vacances scolaires. Faire classe en extérieur, en pleine nature ou dans un parc, devient aussi de plus en plus répandu.

M. T.-L. : Les effets apaisants de la nature sont aujourd'hui bien documentés scientifiquement. Alors que le changement climatique participe à l'anxiété d'un certain nombre de jeunes, être en contact avec la nature et en prendre soin peut leur montrer qu'ils ont un pouvoir d'agir, ce qui est important pour la santé mentale.

S. A. : Comment personnel scolaire et familles participent-ils à ce programme ?

C. L. : Depuis 2024, nous travaillons en partenariat avec des chercheurs de l'université de Trois-Rivières pour développer une approche fondée sur la psychopédagogie du bien-être en milieu scolaire. Nous proposons de la formation continue pour les volontaires des équipes-écoles. Cela donne des clés au personnel éducatif pour adopter une communication bienveillante avec les élèves au lieu d'asséner des consignes. Les nouvelles générations ont besoin de sens, elles ont accès à l'information et connaissent leurs droits. Délaisser l'approche autoritaire requiert que l'ensemble de l'établissement partage la même vision : direction, enseignants, techniciens en éducation spécialisée³, surveillants⁴...

L. R. : Une des formations destinées à ces derniers est la « surveillance active positive ». Pour faire respecter le règlement et le code de vie de l'école, elle les invite à être moins dans un système répressif et un rapport de force, et davantage dans la communication et dans un rapport plus égalitaire avec les jeunes, dans une approche bienveillante et positive, en s'intéressant à eux et en misant sur leurs forces. Cette approche génère un climat scolaire plus sécuritaire, où les jeunes se sentent mieux et les surveillants aussi, puisqu'ils ont moins d'interventions à faire.

C. L. : Par exemple, on tend aujourd'hui à remplacer le « local de retrait » – où l'élève est envoyé lorsqu'il a fait preuve d'un comportement inapproprié – par un lieu de « gestion des émotions ». On essaie de changer la punition en apprentissage positif. L'élève prend un temps pour comprendre ses émotions, réfléchir à son comportement. Ce lieu est désormais décoré par les jeunes, il y a des divans et des poufs, des lumières apaisantes. Dans une école, les élèves ont fait leurs propres toutous⁵, en remplaçant la bourre par des pois secs pour les alourdir et en faire un objet de relaxation. K.-A. G. : Une autre formation est proposée au personnel scolaire sur la communication avec les parents, afin que ces derniers ne soient pas seulement interpellés quand il

y a des difficultés avec leur enfant. Il s'agit de faire un partenariat avec eux pour qu'ils soient davantage impliqués dans le milieu de vie qu'est l'école, de façon formelle, et qu'un lien de confiance s'établisse. Cela peut passer par la création d'un comité de parents ou l'organisation d'événements – jeux de société avec les enfants, soupers communautaires, vernissage d'une expo d'élèves...

S. A. : **Comment en mesurez-vous les résultats ?**

L. R. : Dans le PEVR sont intégrées plusieurs mesures : résultats scolaires, décrochage, absentéisme, niveau de motivation, etc. qui permettent de tracer des évolutions, notamment celle du sentiment d'appartenance.

C. L. : Des sondages auprès des élèves, des personnels et des parents sont réalisés à plusieurs reprises pendant la durée du PEVR, qui permettent de comparer leurs perceptions sur le bien-être. Ceci permet d'ajuster les actions régulièrement.

S. A. : **Constatez-vous des freins à son déploiement ?**

K.-A. G. : Les changements d'équipe au sein des établissements sont une contrainte organisationnelle. Il faut parfois tout recommencer, avec des ressources financières et humaines limitées.

C. L. : Certaines personnes dans les équipes-écoles peuvent se montrer réticentes à l'approche de la communication bienveillante, jugeant qu'il « faut de l'autorité dans les établissements, sinon on perd le contrôle ».

M. T.-L. : Il y a des initiatives fabuleuses sur le terrain, comme le montrent celles récompensées par le Gala Effet Papillon, qui réunit les porteurs de projets lors d'une soirée à la fin de l'année scolaire. Cependant, un travail de longue haleine est nécessaire en amont pour convaincre d'investir dans des actions de promotion de la santé mentale, dont les bienfaits sont parfois méconnus, alors que les besoins en soin ou d'intervention en santé mentale sont nombreux. Il faut défaire le réflexe de vouloir répondre à toutes les situations par des services ou des soins individuels, et faire comprendre qu'agir en promotion-prévention améliore la santé de tous et se révèle à long terme plus économique que les soins. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

1. Organismes à but non lucratif, qui proposent des services d'aide ou de mieux-être dans une communauté.
2. Équivalent du lycée.
3. À mi-chemin entre éducateur spécialisé et accompagnant d'élèves en situation de handicap.
4. Assistants d'éducation en France.
5. Peluches.

Pour en savoir plus

- *Aménager des écoles favorables à la santé et au bien-être.* Institut national de santé publique du Québec. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2794>
- *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire.* Institut national de santé publique du Québec. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2243>

FAVORISER LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE

Sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le projet Épanouir¹ vise à promouvoir la santé mentale positive de tous les élèves dans les écoles primaires et secondaires de la province, incluant les centres de formation professionnelle et les centres d'éducation des adultes. Il est déployé depuis l'automne 2020, en collaboration avec le ministère de l'Éducation et bénéficie d'un budget annuel de 25 millions de dollars. Santé Québec (incluant les directions régionales de santé publique) soutient la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et de prévention (PP), directement auprès des jeunes, mais également dans leurs différents milieux de vie, à l'école, auprès des familles et dans la communauté.

Ces actions reposent sur l'approche École en santé [1] et sur le référent EKIP², dont l'objectif est de favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes en contexte scolaire ; elles permettent aux jeunes de renforcer leurs compétences personnelles et sociales (gestion du stress et des émotions, connaissance de soi, gestion des influences sociales, etc.). Ces actions soutiennent aussi la création d'environnements favorables à la santé mentale, en intervenant sur leurs milieux de vie, de manière à les rendre sains, bienveillants et sécuritaires. À l'école, il s'agit par exemple de former le personnel à la promotion de la santé et à la prévention, de créer un milieu accueillant qui permet des relations harmonieuses, l'inclusion, la non-stigmatisation et les comportements prosociaux, de rendre accessibles aux jeunes

les différents services d'aide offerts dans l'établissement et dans la communauté, etc. Le projet Épanouir prend en compte les facteurs de protection sur lesquels il est possible d'agir, de façon à favoriser l'épanouissement et le plein potentiel de tous les jeunes, et ce peu importe la nature des difficultés qu'ils seront amenés à affronter. En proposant des actions universelles de promotion de la santé, ce projet concourt à améliorer les déterminants de la santé mentale des jeunes.

Marie-Laurence Fillion,
conseillère en promotion de la santé
et prévention en contexte scolaire,
Direction du développement des enfants
et des jeunes,
sous-ministère à la Prévention
et Santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec.

1. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003495>
2. En ligne : <https://santepubliquemontreal.ca/professionnels-et-partenaires/thematiques-de-sante-publique/sante-mentale/referent-ekip>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Martin C., Arcand L. École en santé. *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires.* Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005 : 77 p. En ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/education/soutien-eleves/Ecole-Sante-Guide-Milieu-Scolaire-Partenaires.pdf>

Une formation innovante pour retrouver le pouvoir d'agir

Julien Grard,
ingénieur de recherche hospitalier,
pôle Psychiatrie, Assistance publique-Hôpitaux
de Marseille (AP-HM),
Centre d'études et de recherche sur les services de santé
et la qualité de vie (CEReSS), Aix-Marseille Université.

L'ESSENTIEL

À Marseille, le Centre de formation au rétablissement (CoFoR), projet unique en France, propose à des personnes souffrant de pathologies psychiques de suivre un cursus conçu comme un outil de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face. La participation des étudiants est la pierre angulaire d'un dispositif où les enseignements sont interactifs et majoritairement animés par des pairs.

Le Centre de formation au rétablissement (CoFoR), porté par l'association d'usagers et d'aidants familiaux Solidarité Réhabilitation, s'inspire de l'expérience internationale des *Recovery Colleges* [1]. Ces dispositifs ayant fait leurs preuves [2] reposent sur l'auto-support et la promotion de la santé mentale en offrant une formation conçue comme un outil de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face. À Marseille, le CoFoR est donc un lieu d'apprentissage qui permet à des personnes majeures concernées par des troubles psychiques de sortir d'un rôle passif de malade ou de patient pour adopter une posture proactive d'étudiant dans le cadre d'une formation qu'elles organisent en fonction de leurs besoins. Le parcours s'articule autour de cinq modules qui abordent les droits (logement, emploi, hospitalisation, tutelle, etc.), le vécu de la maladie et ses conséquences (isolement, oppression subie, mais aussi ressources disponibles, etc.), les addictions (expériences, mais aussi ressources à solliciter), le bien-être (sport, techniques de relaxation, etc.) et le plan de rétablissement (connaissance de soi, partage d'expériences et de stratégies, etc.). L'équipe de formation est composée à 80 % de pairs usagers ou ex-usagers de la psychiatrie. Des professionnels, acteurs de proximité interviennent également, permettant de mettre les étudiants en lien avec les collectifs ou les structures à même de les accompagner sur des besoins spécifiques : planning familial, groupe d'entendeurs de voix,

juriste, etc. La pierre angulaire du dispositif est la participation des étudiants, qui perçoivent une indemnité. Leur implication est ainsi valorisée, leur savoir reconnu : la dernière séance trimestrielle de chaque module est consacrée à son évaluation par le groupe.

Dès le démarrage du projet, les personnes se sentant concernées – usagers, professionnels, proches, citoyens – ont pris une part active à son montage lors d'assemblées publiques, ouvertes à tous. De janvier à août 2017, l'ensemble des contenus et des thématiques, les modalités d'enseignement et d'évaluation des modules ont été élaborés et décidés collectivement.

Une réduction de l'auto-stigmatisation

Entre septembre 2017 et juillet 2025, le CoFoR a formé en moyenne une centaine d'étudiants par an, au cours de 22 sessions trimestrielles (trois par année scolaire, sur près de huit ans). L'impact du dispositif a été évalué pendant sa phase expérimentale (2017-2021). L'évaluation a recueilli des données auprès des participants au CoFoR pendant quatre trimestres consécutifs, entre 2018 et 2020, selon une approche mixte :

- une étude quantitative reposant sur des questionnaires avant et après un trimestre de formation, évaluant l'auto-stigmatisation (ISMI-10), l'*empowerment* (HEiQ et ES), et le rétablissement (RAS) ;
- une étude qualitative reposant sur 12 entretiens semi-directifs, 16 cartographies collaboratives¹ et plus de 200 heures d'observation participante ;
- une enquête de satisfaction proposée après chaque trimestre ;
- une évaluation de la fidélité au modèle *Recovery College*².

Les résultats mettent en évidence :

- une baisse significative de l'auto-stigmatisation des étudiants ;
- une amélioration significative de l'*empowerment* dans trois sous-dimensions : « Acquisition d'habiletés et techniques », « Intégration sociale », « Activisme dans la communauté et autonomie » ;
- une amélioration significative du rétablissement dans la sous-dimension « *Espoir et confiance en soi* ».

La recherche qualitative montre un renforcement de la littératie³ en santé mentale, une

revalorisation de l'identité et un changement de posture vis-à-vis du système et des professionnels de santé. Le taux de satisfaction est constamment élevé au cours des deux années d'évaluation, et le score de fidélité au modèle *Recovery College* est élevé.

Aujourd'hui, le CoFoR ne peut absorber la demande croissante. Les personnes qui s'inscrivent doivent attendre un an avant de bénéficier de la formation. Depuis 2024, le projet est entré dans une phase d'essaimage en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), à la demande de l'agence régionale de santé (ARS). Il est dans l'attente d'une pérennisation au niveau national, qui était prévue à l'issue de l'expérimentation. ■

1. Avis et retours des étudiants collectés selon une méthodologie de cartographie collaborative de type « créaplan/métoplan » lors des évaluations trimestrielles des modules.
2. Évaluation réalisée par une équipe internationale, dans le cadre de l'étude RECOLLECT [3], incluant des *Recovery Colleges* de 28 pays.
3. Motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Thériault J., Lord M.-M., Briand C., Piat M., Meddings S. Recovery colleges after a decade of research: A literature review. *Psychiatric Services*, 1^{er} septembre 2020, vol. 71, n° 9 : p. 928-940. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32460684/>
- [2] Crowther A., Taylor A., Toney R., Meddings S., Whale T., Jennings H. *et al.* The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, octobre 2019, vol. 28, n° 5 : p. 481-488. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30348246/>
- [3] Hayes D., Hunter-Brown H., Camacho E., McPhilbin M., Elliott R. A., *et al.* RECOLLECT International Research Consortium. Organisational and student characteristics, fidelity, funding models, and unit costs of recovery colleges in 28 countries: a cross-sectional survey. *The Lancet Psychiatry*, octobre 2023, vol. 10, n° 10 : p. 768-779. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37739003/>

« Aller vers le public pour briser les tabous »

Entretien avec Nadine Béal,
déléguée départementale de l'Union nationale
de familles et amis de personnes malades
et/ou handicapées psychiques (Unafam)
des Deux-Sèvres.

*La santé en action : Quel est le dispositif
En voiture Pysmone ?*

Nadine Béal : En voiture Pysmone est un projet itinérant, porté par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) des Deux-Sèvres. Il a été initié par un collectif de partenaires, acteurs en santé mentale, dont le Réseau de réhabilitation psychosociale du centre hospitalier de Niort, l'Union départementale des associations familiales (Udaf), l'association Adapei et la coordinatrice du projet territorial en santé mentale (PTSM), rejoints progressivement par d'autres. L'objectif est de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, en sortant des institutions, dans une démarche « d'aller-vers » le grand public pour briser les tabous. Le projet est né en 2022, à l'occasion de la manifestation annuelle des Semaines d'information sur la santé mentale (SISM), grâce à un collectif d'acteurs engagés autour d'une volonté commune de déconstruire les idées reçues, de favoriser l'inclusion et l'accès aux soins. Nous nous sommes inspirés du modèle grenoblois du Psytruck. Avec le camion aménagé En voiture Pysmone, nous pouvons être au plus près des citoyens. Il favorise la rencontre, y compris dans les zones rurales ou éloignées des structures de soin, avec du matériel pédagogique, des supports d'information et des jeux interactifs, pensés pour susciter la curiosité et amorcer le dialogue.

S. A. : Dans quels lieux se pose le camion ?

N. B. : Nous essayons de diversifier au maximum les endroits : marchés, chantiers d'insertion, établissements scolaires (lycées

agricoles, lycées professionnels), maisons familiales rurales, maisons de quartier, centres sociaux, centres communaux d'action sociale (CCAS), hôpitaux, événements d'entreprise, etc. En 2025, par exemple, nous avons participé au festival de Parthenay et organisé des soirées-débats à Niort avec la mutuelle Macif. En réalité, la cible, c'est tout le monde ! Chacun peut être concerné d'une façon ou d'une autre : dépression, anxiété chronique, troubles plus sévères comme la schizophrénie, la bipolarité ou encore des troubles liés à l'addiction ou au comportement alimentaire. On rencontre aussi beaucoup d'aidants, souvent démunis face à la maladie d'un proche. Les jeunes représentent un public-clé : leur mal-être post-Covid est palpable, mais ils sont aussi plus enclins à parler et à se soutenir entre eux. Ce changement générationnel est porteur d'espoir.

S. A. : Comment favorisez-vous les échanges ?

N. B. : Nous avons développé une palette d'outils ludiques et interactifs : la « roue de la santé mentale », qui aborde de nombreuses questions de façon thématique ; l'arbre des idées reçues, qui comprend une face « cliché » et une face « réalité »... Nous proposons aussi des quizz, des vidéos accessibles un QR code, des flyers qui recensent les structures d'aide et les contacts-clés dans le département. Le camion est également doté d'un espace d'écoute pour les moments plus personnels. Pour signaler notre passage, nous utilisons l'affichage et la communication les réseaux sociaux.

S. A. : Qui sont les intervenants ?

N. B. : Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée de bénévoles de l'Unafam, de professionnels de santé (infirmiers psy, éducateurs, psychologues), de travailleurs sociaux, d'aidants et de personnes concernées par des troubles psychiques. Ils sont une dizaine à chaque étape. Tous interviennent sur un pied d'égalité. Les professionnels, détachés sur leur temps de travail, viennent des centres hospitaliers de Niort et du nord des Deux-Sèvres, de groupes d'entraide mutuelle (GEM), d'Espoir 79 – dispositif

L'ESSENTIEL

■ **Le dispositif En voiture Pysmone vise à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques en allant à la rencontre des habitants. À bord d'un camion aménagé, l'équipe a sillonné le département pendant une quinzaine de jours en mai pour informer, sensibiliser et orienter toute personne concernée, directement ou indirectement, par des problématiques de santé mentale.**

départemental pour l'emploi de personnes en situation de handicap psychique, cognitif ou mental –, des CCAS ou d'autres structures d'accompagnement comme Appui & Vous. Les principaux partenaires financiers de ce projet sont la Macif, financeur historique, l'agence régionale de santé Poitou-Charentes et la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) des Deux-Sèvres. L'Unafam coordonne l'ensemble avec les coordinatrices du PTSM et des contrats locaux de santé.

S. A. : Quel est le bilan 2025 ?

N. B. : Cette quatrième édition, organisée du 12 au 23 mai 2025, a atteint un public plus nombreux et varié, grâce à des interventions dans des festivals ou auprès d'entreprises. Le dispositif a gagné en visibilité, notamment grâce au label Grande Cause nationale 2025 : Parlons santé mentale ! Celui-ci nous donne une légitimité accrue, renforçant l'intérêt du public et favorisant l'essaimage du dispositif : après la Vienne en 2024, la Gironde prépare sa propre tournée pour 2026. Une charte garantit le respect des valeurs du dispositif : bienveillance, absence de jugement et participation des personnes concernées. À l'avenir, nous maintiendrons une tournée de deux semaines en mai et le collectif réfléchit à adapter le dispositif sans le dénaturer pour continuer à faire évoluer le regard sur les troubles psychiques. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

**Parlons
santé
mentale!**
GRANDE CAUSE NATIONALE

« Des élèves solitaires ont été mieux intégrés »

Entretien avec
Matenin Coulibaly,
infirmière de l'Éducation nationale,
Christelle Thévenet,
assistante de service social,
référentes Phare,
lycée Rosa-Parks, Saint-Denis
(Seine-Saint-Denis).

L'ESSENTIEL

► Depuis la rentrée 2024-2025, une vingtaine d'élèves ambassadeurs du programme Phare sont engagés dans la prévention du harcèlement au lycée Rosa-Parks de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis). À l'écoute de leurs pairs, ils ont été formés pour repérer les signaux d'élèves isolés ou en souffrance afin de les orienter vers des adultes pouvant les accompagner. Si les effets à moyen terme ne sont pas encore mesurables, le dispositif semble contribuer à un meilleur climat scolaire, grâce à une plus grande entraide et davantage de bienveillance entre élèves.

La Santé en action : Quel est l'impact des nouvelles formes de harcèlement sur la santé mentale des élèves ?

Matenin Coulibaly, Christelle Thévenet : Une étape supplémentaire a en effet été franchie avec le cyberharcèlement. Subir du harcèlement à l'école a toujours eu un impact sur la santé mentale des jeunes. Toutefois, le fait de rentrer à la maison, d'être au sein de sa famille, de voir d'autres amis en dehors du lycée constituait une source de répit. Avec les réseaux sociaux, la pression est constante le soir, la nuit, le week-end. Certains élèves ont peur de regarder leur téléphone portable et de ce fait, ils s'isolent encore plus. Et au-delà de l'isolement et du sentiment d'impuissance, ils ressentent aussi de l'insécurité, certains pouvant recevoir des menaces de mort. Au sein de l'établissement, nous sommes en capacité

d'intervenir, de discuter, de recréer une dynamique de groupe autour de l'élève harcelé, mais nous avons peu de moyens pour lutter contre le cyberharcèlement. C'est pourquoi les élèves ambassadeurs, dont le rôle a été initié dans le cadre du dispositif Phare de lutte contre le harcèlement scolaire¹, jouent un rôle central de prévention et de repérage de leurs pairs potentiellement concernés par toutes les formes de harcèlement.

S. A. : Comment s'est déployé le programme Phare dans votre lycée ?

M. C., C. T. : Dès l'année scolaire 2023-2024, nous avons été formées par le rectorat et nous sommes devenues référentes Phare dans notre établissement. L'essentiel de cette formation a porté sur la « méthode de préoccupation partagée », qui permet d'appréhender les situations de harcèlement modéré d'une façon spécifique². L'année scolaire 2024-2025, 20 élèves de première et de

terminale se sont portés volontaires, uniquement des filles dans un premier temps, qui ont été rejointes ensuite par un garçon. Ils ont été formés en quatre séances de 2 h 30 chacune. La première a apporté des connaissances sur le harcèlement et le cyberharcèlement ; la seconde a été consacrée aux signaux d'alerte ; la troisième a porté sur l'observation, afin d'être attentif à ce qui se passe dans la cour ou en classe ; la quatrième a été centrée sur l'intervention auprès des pairs, sous forme de théâtre-forum : comment parle-t-on avec un lycéen triste ou isolé ? Comment l'orienter-t-on vers les référents ? La difficulté, c'est qu'ils ne doivent pas jouer les apprentis psychologues ou assistantes sociales. Ce sont aux référents d'agir avec d'autres acteurs : le conseiller principal d'éducation, le pôle médico-social, etc. Et pour que les jeunes aient confiance et viennent vers vous, il est nécessaire que le pôle médico-social soit visible. C'est pourquoi nous sortons régulièrement de



PAROLES D'AMBASSADRICES

En septembre 2025, Massilya et El Kaissa ont fait leur rentrée en terminale au lycée Rosa-Parks de Saint-Denis (93). En première, elles ont été ambassadrices de la lutte contre le harcèlement, dans le cadre du dispositif Phare. El Kaissa souhaitait « *aider les élèves qui vivent cette expérience difficile pour qu'ils puissent se sentir mieux* ». Pour Massilya, déléguée au conseil de vie lycéenne de l'établissement, il était naturel de « *prolonger son engagement dans la vie du lycée d'une autre manière* ». À leurs yeux, les « *répercussions* [du harcèlement] *sur la santé mentale* » sont importantes. « *Les élèves concernés se font discrets, ne s'intègrent pas et ont des phobies* », témoigne El Kaissa. Selon Massilya, il leur est plus facile de se confier à un élève ambassadeur qu'à un adulte : « *C'est peut-être plus facile pour eux de communiquer avec nous vu qu'on a leur âge, surtout quand on a le même statut* ». « *Les harcelés ont peur d'être victimes de rétorsion s'ils en parlent direc-*

tement à un adulte, renchérit sa camarade. C'est plus rassurant pour eux de se confier à nous, même si on va alerter les adultes référents ensuite. » L'an dernier, ces deux ambassadrices n'ont pas été interpellées par des camarades harcelés. Cependant, elles ont travaillé à faire connaître leur rôle, en organisant notamment des jeux-débats. « *Il faut proposer des choses ludiques pour que la classe écoute*, relate El Kaissa. *La plupart des élèves nous ont bien accueillies, d'autres se montraient indifférents ou ennuyés.* » « *On a ainsi travaillé nos capacités à animer, c'est aussi utile sur un plan personnel* », estime Massilya. Après le baccalauréat, elles envisagent des études de psychologie ou de psychiatrie. « *La santé mentale, c'est encore tabou malheureusement*, juge El Kaissa, *alors qu'elle est indispensable pour vivre pleinement. Elle devrait être davantage mise en avant pour que les personnes dans le besoin soient accompagnées.* »

Propos recueillis par N. Q.

nos bureaux, notamment pendant la rentrée où nous faisons le tour des classes.

S. A. : **Quelles actions les ambassadeurs Phare ont-ils proposées ?**

M. C., C. T. : Les ambassadeurs ont pris leur rôle à cœur en étant pro-actifs. Ils ont commencé par créer un Kahoot : c'est un petit quiz interactif d'une dizaine de questions sur le harcèlement, auquel les élèves répondent sur leur téléphone portable. Les réponses sont mises en ligne, avec un classement des participants en fonction des bonnes réponses. Puis, ils ont réalisé un diaporama, expliquant avec leurs mots quelques notions-clés sur le harcèlement. C'est un support qui leur a permis de se présenter dans les classes de seconde et de première, au moment des cours et en présence de l'enseignant, afin de faire connaître le rôle des élèves ambassadeurs et d'inviter leurs camarades à venir les voir s'ils rencontrent des difficultés. Cela a été fait en avril pendant la Semaine du bien-être que nous organisons chaque année afin de changer

l'image de la santé mentale. Nous y invitons de nombreux partenaires extérieurs : des jeunes en service civique d'une association ont animé un atelier sur les troubles psychiques ; la maison des adolescents de Seine-Saint-Denis en a conduit un autre sur le thème Devenir adulte. Pendant ce temps fort autour de la promotion de la santé mentale, les ambassadeurs Phare ont porté un badge confectionné par leurs soins afin d'être visibles de tous leurs camarades dans l'établissement.

S. A. : **Le climat scolaire vous paraît-il meilleur ?**

M. C., C. T. : Il est encore un peu tôt pour mesurer des effets sur la prévention du harcèlement, d'autant que nous sommes un lycée qui accueille les élèves qui en ont été victimes dans un autre établissement. Nous avons connu moins de cas de harcèlement compliqués, nécessitant de mettre en place des procédures tel un conseil de discipline. Nous avons pu aussi observer que des élèves solitaires, qui ne subissaient pas de harcèlement, ont été mieux intégrés. C'est un point

important pour la prévention, car l'isolement est propice au harcèlement. À partir du moment où les élèves s'entraident et sont dans une dynamique bienveillante, à l'écoute, cela retentit positivement sur le climat scolaire. Le dispositif Phare rejoint la volonté de l'établissement de développer les compétences psychosociales des élèves, de travailler sur l'estime de soi, le rapport aux autres, l'empathie. En favorisant les comportements positifs, on évite les situations facilitant le harcèlement.

S. A. : **Les ambassadeurs ont-ils développé de nouvelles aptitudes ?**

M. C., C. T. : Ce rôle leur permet de renforcer leurs propres compétences psychosociales de bienveillance, d'écoute, de motivation, de gestion des émotions. Certaines ambassadrices, très timides et réservées au départ, ayant subi elles-mêmes du harcèlement, ont pris confiance en elles. Faire le tour des classes, discuter avec les élèves devant l'enseignant leur a donné de l'assurance. Une élève de terminale nous a raconté que cela lui avait été très utile pour son grand oral. Une autre, à la limite du décrochage scolaire, reçue en groupe de prévention du décrochage scolaire (GPDS³), est parvenue à sauver son troisième trimestre. Les ambassadrices de cette première promotion sont motivées pour poursuivre leur action en terminale et d'autres élèves de seconde et de première seront formés pour les rejoindre pour l'année scolaire 2025-2026. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, rédactrice en chef.

1. Le programme de lutte contre le harcèlement à l'école, Phare, est un plan global de prévention et de traitement des situations de harcèlement. Généralisé aux écoles et aux collèges à la rentrée 2022, il est étendu aux lycées depuis la rentrée 2023. Cent pour cent des écoles et des établissements mettent en œuvre ce programme.
2. Développée par Anatol Pikas, professeur de psychologie, en Suède à partir des années 1990, c'est une méthode non blâmante de traitement des situations de harcèlement fondée sur la résolution non violente des conflits.
3. Le GPDS, au sein de l'établissement, peut proposer du tutorat, des ateliers de parole, des stages, etc. à l'élève décrocheur.

Renforcer les compétences psychosociales pour le bien-être psychique en milieu scolaire

Gaël-Anne Pannatier,
responsable RADIX Suisse romande,
Florence Chenaux,
consultante experte,
fondation suisse pour la santé RADIX.

L'ESSENTIEL

► **D'origine australienne, le programme de développement des compétences psychosociales MindMatters a été adapté pour les écoles en Suisse. En Suisse romande, dans les établissements du secondaire I, le dispositif propose des modules variés pour promouvoir la santé mentale des élèves. En favorisant les conditions d'un climat scolaire bienveillant et positif, ce programme a également un impact positif indirect sur le personnel enseignant.**

MindMatters est un programme de renforcement des compétences psychosociales (CPS) des élèves, mis en œuvre et évalué en Australie dans les années 1990¹. Fondé sur de solides connaissances scientifiques, il a été adapté par RADIX à partir de 2018 en Suisse allemande pour l'ensemble des élèves de 4 à 15 ans et, à partir de 2020, en Suisse romande pour les écoles du secondaire I, soit les élèves de 13 à 16 ans². Mis en œuvre dans 15 écoles romandes lors d'une phase pilote complète (2022-2024), il est désormais disponible pour les établissements intéressés, moyennant le financement de l'accompagnement à la mise en place, au coaching et à la formation continue du personnel. Plusieurs objectifs sont visés : développer une culture commune au sein de l'école ; favoriser le développement d'un climat scolaire positif et bienveillant ; soutenir et impliquer tous les acteurs scolaires ; renforcer les facteurs de protection et les compétences psychosociales des élèves afin de faire face aux différents événements de la vie. Doté de moyens pédagogiques riches et variés, MindMatters s'inscrit en cohérence avec le Plan d'études romand (PER), qui définit les contenus d'apprentissage au cours des onze années de scolarité obligatoire dans les cantons francophones. En effet, ce matériel est conçu pour s'intégrer de façon souple dans différentes disciplines standards comme le français, les

arts visuels, l'histoire ou l'éducation physique. Il apporte aux enseignants des connaissances et des outils sur des thématiques telles que la gestion du stress, la régulation des émotions, la confiance en soi ou encore la prévention du harcèlement et de l'intimidation entre élèves. Actuellement, trois modules sont proposés : « S'affirmer et trouver sa place » (soutenir la transition entre la scolarité et le monde professionnel), « Gérer le stress, garder son équilibre » (amener les élèves à créer leur propre boîte à outil pour faire face au stress) et « Gérer les pertes et les deuils » (renforcer la résilience chez les jeunes). MindMatters apporte ainsi une contribution importante au développement des capacités transversales, compétences psychosociales explicitement citées dans le PER (collaboration, communication, stratégies d'apprentissage, pensée créatrice, démarche réflexive).

Une démarche d'établissement

MindMatters, c'est aussi un projet d'établissement qui s'adresse à tous les acteurs de l'école, encourage leur implication et promeut un travail sur plusieurs niveaux : l'enseignement en classe, l'organisation et la valorisation des mesures et des projets existants. Le programme propose un cadre aux écoles et aux enseignant-e-s, dans lequel le bien-être psychique des élèves est au centre et la promotion de la santé mentale, un principe d'action. Sont mis à disposition des outils en termes d'organisation pour promouvoir le travail en équipe, l'échange de bonnes pratiques et le partage d'expériences : il s'agit d'outils comme un modèle d'ordre du jour pour une séance de démarrage, un modèle de rétroplanning ou encore la mise en réseau lors de webinaires ou de rencontres intercantionales. Lorsqu'un établissement décide d'intégrer le programme, il crée un groupe de travail pour gérer le projet. L'ensemble du personnel bénéficie d'une formation d'une demi-journée sur les différents modules. Une introduction à la démarche a lieu sur le site de l'école. La fondation RADIX, qui gère différents programmes de promotion de la santé à destination des écoles en Suisse, propose un accompagnement et des conseils sur mesure selon les besoins de chaque établissement. Ce *coaching* peut

aussi être assuré par un service régional, en fonction de l'organisation locale. Une évaluation externe a été réalisée en 2024 en Suisse allemande. Ses résultats attestent du potentiel d'impact de MindMatters. Elle en souligne les effets positifs sur le climat scolaire, en particulier sur les conditions de travail du corps enseignant et sur la qualité des relations avec les élèves. Près d'un-e enseignant-e sur trois travaillant dans une école ayant adopté MindMatters utilise le programme dans le cadre de son enseignement. Par ailleurs, environ la moitié des élèves d'une école MindMatters ont pratiqué des activités du programme. Cela étant, il est observé dans la pratique que le corps enseignant manque en général de temps pour la préparation de MindMatters et pour sa mise en œuvre et qu'il ne peut donc pas l'utiliser comme il le souhaiterait. C'est un point sur lequel RADIX travaille dans le cadre de sa collaboration avec les écoles MindMatters. ■

1. En ligne : <https://beyou.edu.au/>

2. En ligne : <https://www.mindmatters.ch/fr/>

Pour en savoir plus

- Résumé de l'évaluation du programme MindMatters en Suisse allemande. Évaluation *MindMatters, 2022-2024* MindMatters – Renforcer la santé psychique à l'école. [Résumé] Berne : Promotion Santé Suisse, juillet 2024 : 7 p. En ligne : https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2024-07/A4_Executive_Summary_Eval_GFCH_MindMatters_fr_web.pdf
- Cahier de référence pour les professionnel-le-s, qui sert de base théorique au programme. Voide Crettenand G. *Promouvoir la santé psychique des adolescent-e-s à l'école dans l'espace social*. Berne : Santépsy.ch, #MOICMOI, MindMatters, 2020 : 114 p. En ligne : https://www.radix.ch/media/xurng4js/promouvoir_la_sante_psychique_des_adolescents_une-page.pdf
- Une ressource pour les directions d'école et une base pour les modules pédagogiques MindMatters destinés aux enseignant-e-s. Manuel digital *SchoolMatters – Pour un climat scolaire bienveillant !* www.radix.ch/fr/ecoles-en-sante/offres/schoolmatters/

Soutenir les acteurs de proximité par la formation

Michel Eynaud,

psychiatre, médecin de santé publique,

agence régionale de santé (ARS) Guadeloupe,

Manon Gagliardi,

référente du pôle Formation, Promotion Santé

Guadeloupe,

Mathilde Corbin,

infirmière, chargée de projet en promotion de la santé,

Promotion Santé Guadeloupe.

La population de Guadeloupe et des îles du nord présentait, en 2019, un taux de symptômes dépressifs de 16 % contre 11 % dans l'Hexagone [1]. De même, une surreprésentation des troubles psychotiques est constatée : 6 % contre 3 % [2]. Les déterminants géographiques, socio-économiques, structurels et la persistance de représentations négatives alimentent des disparités dans l'accès aux soins de santé mentale. Un programme de formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM¹) est donc développé depuis deux ans en Guadeloupe afin de renforcer la capacité d'agir du grand public.

Pour autant, des besoins supplémentaires ont émergé du côté des acteurs de proximité, dans les secteurs social, médico-social, éducatif et paramédical. Ces derniers sont en contact avec les personnes en souffrance psychique. Relais de la promotion de la santé mentale, ils contribuent aussi à renforcer la prévention en favorisant une dynamique collective, inclusive et déstigmatisante grâce à des pratiques ancrées dans les réalités culturelles et locales. En effet, en Guadeloupe, la santé mentale est encore fortement associée à la folie, au rejet social, à des explications magico-religieuses et à une méfiance envers les structures psychiatriques, surtout perçues comme des lieux d'hospitalisation et d'enfermement.

La formation Promouvoir la santé mentale dans la relation d'aide et de soin est destinée à ces acteurs de proximité. Elle apparaît comme une des réponses possibles à cet enjeu, en lien avec une des priorités de la stratégie régionale de santé (prévenir la souffrance psychique et le risque suicidaire, les repérer et orienter précocement les individus concernés) et avec les objectifs de la feuille de route Santé mentale et Psychiatrie 2018. Elle constitue un outil supplémentaire d'empowerment des professionnels de premiers recours au service des personnes concernées par des troubles

psychiques. Cette formation est le fruit d'une collaboration entre soignants, représentants des familles, usagers en voie de rétablissement, coordonnés par le pôle formation de Promotion Santé Guadeloupe avec le soutien de l'agence régionale de santé. La première session a été lancée en novembre 2024 ; le programme s'est poursuivi en 2025 avec deux sessions organisées, qui seront renouvelées chaque année.

Pour une posture adaptée et éthique

D'une durée de 14 heures, le programme rassemble en présentiel une douzaine de participants des secteurs sanitaire, social et médico-social ayant suivi la formation PSSM ou ayant une expérience de terrain en santé mentale. Les sessions visent à renforcer leurs aptitudes individuelles, conformément à la charte d'Ottawa, autour de trois objectifs :

- maîtriser les concepts-clés de la santé mentale ;
- acquérir des outils pour repérer précocement les personnes concernées par des troubles psychiques, les accompagner et les orienter vers les ressources territoriales ;
- intégrer les droits des personnes en souffrance psychique dans les pratiques professionnelles pour renforcer une posture adaptée et éthique.

La formation, fondée sur l'approche par compétences, s'appuie sur des méthodes participatives et sur des études de cas en sous-groupes. Elle combine les apports théoriques avec des temps de mise en situation permettant d'expérimenter de nouvelles postures professionnelles. Différents outils sont utilisés : ceux de l'organisme public Psycom et de l'association spécialiste des compétences psychosociales Scholavie, ainsi que le jeu de cartes Aquot qui sensibilise aux troubles cognitifs. Le témoignage d'une personne concernée par un trouble psychique, partageant son parcours de rétablissement, constitue un temps fort. Une réflexion éthique et autour des droits des usagers est proposée aux apprenants.

L'évaluation formative se fait tout au long de la formation pour ajuster son contenu aux besoins des participants. La co-évaluation entre pairs et l'auto-évaluation avant et après la formation participent au développement des compétences de chacun, en invitant à porter

L'ESSENTIEL

■ **En Guadeloupe, un programme de formation est proposé aux professionnels de première ligne dans les secteurs social, médico-social, éducatif et sanitaire pour mieux repérer les personnes en souffrance psychique et les orienter. Les participants sont amenés à réinterroger leurs pratiques par le biais d'apports théoriques et de mises en situation.**

un regard sur soi et sur les autres, facteur d'ancrage des apprentissages. Au terme de la formation, les participants ont estimé leur satisfaction à 4,7 sur 5 en moyenne. Ils jugent constructif le questionnement sur leurs postures professionnelles pour s'émanciper des représentations stigmatisantes. Un bilan à plus long terme est prévu sur un échantillon significatif afin de mesurer la façon dont les apports pédagogiques sont ultérieurement utilisés en situation professionnelle, avec un recul suffisant. ■

1. Le programme de premiers secours en santé mentale (PSSM), lancé en 2019, permet de former des secouristes capables de mieux repérer les troubles en santé mentale (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut national de la statistique et des études économiques. Un Antillais sur six souffre de symptômes de dépression. *Insee Flash Guadeloupe*, novembre 2021, n° 156. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5761167>

[2] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe. *Santé mentale en population générale en Guadeloupe : images et réalités 2014. Sectorisation psychiatrique du territoire*. Baie-Mahault : ORSAG, 2017 : 8 p. En ligne : https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/03/ORSaG_sante_mentale_en_guadeloupe_images_et_realites_sectorisation_pshychiatrique-samrs_2017.pdf

Dossier

Santé mentale : comprendre les déterminants pour agir

« Des parcours personnalisés pour renforcer les ressources mentales du quotidien »

Entretien avec Andrea Pereira,
directrice de l'association suisse minds.

L'ESSENTIEL

► minds^{up} est une application web gratuite de promotion de la santé mentale, développée par l'association genevoise minds. Encore en expérimentation, elle propose des modules adaptés aux utilisateurs pour les aider à adopter des comportements favorables au bien-être psychique. Contrairement aux applications classiques, de méditation notamment, cet outil digital repose sur une approche éducative et préventive, inspirée des sciences du comportement. Tous les francophones pourront y avoir accès à partir de décembre 2025.

La Santé en action : Pourquoi avoir créé une application dédiée à la santé mentale ?

Andrea Pereira : Nous sommes partis d'un constat à la fois simple et frustrant : malgré la multiplication des initiatives en santé mentale, il manquait un outil accessible, rigoureux et centré sur la prévention active. L'association minds¹, fondée en 2018 à Genève, s'est donnée pour mission de fédérer les actions locales et de déconstruire les idées reçues sur la santé psychique. Nous avons mené un important travail de recherche sur les comportements promoteurs de santé mentale. L'idée de concevoir une application s'est imposée pour le valoriser. C'est le cœur de minds^{up}, dont le premier prototype a vu le jour fin 2023 : transformer les connaissances scientifiques en parcours concrets et personnalisés, accessibles à toutes et à tous, pour renforcer les ressources mentales du quotidien.

S. A. : *En quoi minds^{up} diffère-t-elle des autres applications bien-être ?*

A. P. : La plupart sont centrées sur un seul type de pratique, comme la méditation ou la cohérence cardiaque. minds^{up} adopte une approche pluridimensionnelle. L'application ne fait pas que mesurer la littératie en santé mentale, le bien-être ou faire de la sensibilisation, elle accompagne l'utilisateur dans un changement comportemental structuré. Il n'y a pas de méditations guidées, mais une orientation vers des outils spécialisés si besoin. Contrairement à d'autres applications de psychothérapie, il n'est pas proposé de diagnostic, ni de soin. L'objectif est de renforcer des habitudes de vie bénéfiques à la santé mentale, de façon progressive, individualisée et fondée sur les sciences du comportement. minds^{up} s'inscrit résolument dans le champ de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé.

S. A. : *Qui est le public-cible ?*

A. P. : minds^{up} s'adresse à toute personne souhaitant prendre soin de sa santé mentale, qu'elle soit déjà engagée dans une démarche de bien-être ou qu'elle se sente en situation de vulnérabilité. Cela peut être un jeune en recherche d'équilibre, quelqu'un ayant vécu une rupture professionnelle, ou un salarié voulant renforcer ses ressources psychologiques. L'application vise en particulier les jeunes, pour qui le format numérique et interactif est particulièrement adapté, ainsi que les entreprises souhaitant proposer un outil de prévention à leurs collaborateurs.

S. A. : *L'outil s'adapte-t-il au profil de chacun ?*

A. P. : La création d'un compte ouvre sur un questionnaire d'intégration qui permet d'évaluer les comportements de l'utilisateur, tels que son sommeil, ses émotions, sa capacité à s'octroyer du repos, etc., mais aussi ses besoins et ses motivations, c'est-à-dire les comportements qu'il souhaite changer. En fonction des réponses, l'application recommande trois possibilités de parcours. Le contenu est ainsi personnalisé dès le départ. Chacun peut aussi explorer librement un catalogue d'activités, en dehors du parcours suggéré. L'objectif est de proposer un accompagnement sur mesure, tout en laissant à chacun la liberté de choisir ce qui lui correspond le mieux. minds^{up} repose sur des parcours thématiques, chacun divisé en modules. Chaque module propose des activités courtes de 3 à 5 min, organisées de façon progressive : apport d'informations théoriques, travail sur l'attitude, puis passage à l'action. L'utilisateur est incité à réaliser un premier pas concret, adapté à son quotidien. Par exemple, pour l'activité physique, il peut s'agir simplement de descendre un arrêt de bus plus tôt. Ces petits objectifs sont suivis dans le temps par l'application, qui revient vers la personne pour consolider ses nouvelles habitudes.

S. A. : *Quelles sont les thématiques abordées ?*

A. P. : L'application propose déjà 16 modules répartis en plusieurs blocs thématiques : d'abord le *self-care* physique qui repose sur l'activité physique, le sommeil et l'alimentation ;



ensuite, le kit anti-stress ; puis le *self-care* social, c'est-à-dire le renforcement des liens sociaux ; et enfin un bloc sur la souffrance psychique, qui vise à en reconnaître les signes, à les dédramatiser, pour aider à accepter que les moments de mal-être font partie de la vie de chacun. Il y a également des modules sur les émotions, les valeurs personnelles, et une introduction générale à la santé mentale, qui participe à déconstruire les idées reçues. D'autres sont encore en développement, par exemple sur le travail...

S. A. : Le contenu repose-t-il sur des bases scientifiques ?

A. P. : Deux grands cadres théoriques nous guident. D'une part nous nous appuyons sur la recherche concernant les déterminants comportementaux de la santé mentale : l'activité physique, le sommeil, les liens sociaux sont des pratiques validées scientifiquement pour leur impact positif sur le bien-être. D'autre part nous mobilisons les sciences du comportement, notamment le modèle intégré du comportement qui identifie trois leviers majeurs de l'intention comportementale : d'abord l'attitude (est-ce que j'aime ou valorise tel comportement ?), ensuite la norme perçue (que font les autres autour de moi ?) et enfin l'auto-efficacité (est-ce que je me sens capable ?). *minds*^{UP} utilise ces trois leviers de façon explicite dans chacun de ses modules. Notre approche repose aussi sur le modèle

de Keyes, qui conceptualise la santé mentale sur deux axes indépendants : le trouble psychique et le bien-être mental. Il s'agit de renforcer l'axe du bien-être mental pour réduire la souffrance et créer ainsi les conditions d'un équilibre durable. Au sein de *minds*, une équipe de cinq personnes réunit des psychologues sociaux et des experts en communication digitale pour allier rigueur scientifique et accessibilité au grand public. Nous avons aussi travaillé en étroite collaboration avec des partenaires externes : des graphistes pour créer des visuels engageants et pédagogiques, et des experts du digital pour l'interface de l'application, afin qu'elle soit la plus fluide et la plus intuitive possible. Ce projet a vu le jour grâce à des financements privés, en particulier le soutien de la fondation Promotion Santé Suisse et d'autres fondations engagées dans la santé publique. Grâce à ce modèle de financement, l'application est gratuite, indépendante et pensée pour le bien commun.

S. A. : L'application a-t-elle été testée ?

A. P. : Elle a connu quatre phases de test, entre fin 2023 et 2024, impliquant progressivement de plus en plus de participants, jusqu'à 1 100. Les tests ont été menés à la fois auprès du grand public et de publics vulnérables, grâce à des associations partenaires. *Via* des questionnaires pré-test et post-test, nous avons évalué d'une

part l'expérience utilisateur du point de vue de l'ergonomie, de la compréhension, de l'intérêt, et d'autre part l'efficacité du dispositif, mesurée à partir d'indicateurs standardisés liés à la littératie en santé mentale, l'adoption de comportements promoteurs, et l'état de santé mentale. Les premiers résultats montrent des effets significatifs dès un mois d'utilisation, ce qui est très encourageant. Une évaluation à 12 mois est prévue à l'automne 2025, pour vérifier la pérennité des effets.

S. A. : Un espace forum est-il prévu ?

A. P. : En effet, un volet communautaire est envisagé – même s'il ne sera pas disponible au moment du lancement de *minds*^{UP} fin 2025 –, qui sera accessible à tous les francophones. Étant donné l'importance du lien social dans les changements comportementaux, nous souhaitons développer des espaces d'échange ou de soutien entre utilisateurs. Toutefois, l'absence de moyens de modération freine actuellement la mise en œuvre immédiate. Ces espaces, dans le domaine spécifique de la santé mentale, nécessitent une vigilance particulière, car c'est un sujet très sensible. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. En ligne : <https://www.minds-ge.ch/>

La pair-aidance, entre hier et demain

Aster Harrison,
chercheur post-doctorant,
Centre d'études et de recherche sur les services
de santé et la qualité de vie,
Aix-Marseille Université.

L'ESSENTIEL

► Le soutien par les pairs, fondé sur l'entraide entre personnes vivant la même expérience, remonte au XVIII^e siècle. Leur rôle est désormais institutionnalisé dans certains pays ; mais la pair-aidance reste limitée en France. Pourtant, elle est un levier de changement profond en santé mentale, centré sur le rétablissement, grâce à des principes fondateurs tels que réciprocité, autonomie et inclusion sociale.

Le soutien par les pairs désigne l'entraide entre personnes partageant une expérience vécue. Bien qu'il ait toujours existé de manière informelle, son intégration dans les services de santé mentale débute à la fin du XVIII^e siècle avec Jean-Baptiste Pussin, à l'hôpital Bicêtre, puis à la Salpêtrière à Paris [1]. Cet ancien malade devenu gardien plaide pour des pratiques plus humaines (moins de contention, augmentation des rations alimentaires) et pour l'embauche d'anciens patients, estimant que ces derniers faisaient preuve de davantage de douceur envers les patients [1 ; 2].

Le modèle moderne de soutien pair s'est développé au XX^e siècle, notamment avec les Alcooliques Anonymes (dans les années 1930), puis dans les années 1970 avec les mouvements des usagers en santé mentale [1]¹. Ces derniers dénonçaient les pratiques coercitives et réclamaient des soins respectueux de l'autodétermination. Le soutien par les pairs y était vu comme un levier de transformation du système, fondé sur des relations égalitaires, l'espoir de rétablissement et la valorisation de l'expérience vécue. À partir des années 1990, les États-Unis et le Canada institutionnalisent davantage ce rôle. En 2019 aux États-Unis, 25 % des services de santé mentale et 56 % des services en addictologie proposaient du soutien par les pairs [4]. Les données scientifiques montrent des effets positifs : diminution des symptômes dépressifs, meilleure efficacité personnelle et aide au rétablissement. [5].

Un lent essor en France

En France, la pair-aidance professionnelle se développe plus lentement. Dans les

années 2010, plusieurs études scientifiques examinaient des modèles de pair-aidance professionnelle en France [2]. En 2023, on recensait environ 150 pairs-aidants (médiateurs de santé-pairs) [6]. Parallèlement à la pair-aidance professionnelle, les initiatives communautaires comme les groupes d'entraide mutuelle (GEM) proposent un soutien pair souvent informel et non rémunéré. Des programmes de formation des postes se multiplient, mais sans statut clair ni cadre national, ce qui engendre un travail précaire pour les pairs-aidants.

Cependant, l'intégration institutionnelle comporte des risques pour ces derniers : pression à la conformité, participation à des soins non consentis, perte d'autonomie professionnelle, et risque de *burn-out* [7]. Le rôle des pairs peut alors perdre son esprit fondamental ainsi que son potentiel critique et innovant [7]. Pour un développement cohérent de la pair-aidance en France, il est essentiel d'éviter les écueils d'une simple intégration fonctionnelle. Les pratiques doivent préserver les principes fondateurs : réciprocité, non-hiérarchie, partage d'expérience, respect de l'autonomie, approche

centrée sur les forces, et inclusion sociale [7]. Cela suppose des conditions de travail stables, mais aussi une transformation culturelle et organisationnelle des structures de soins. Aujourd'hui encore, en France plus de 100 000 personnes sont hospitalisées chaque année sans leur consentement, dont 10 % subissent la contention mécanique [8]. Le soutien par les pairs ne peut se contenter d'être intégré au sein de ce système injuste, mais il doit être l'un des moteurs du changement fondamental dans les soins de santé mentale, sans pour autant que tout repose sur les pairs-aidants. Le soutien par les pairs invite à repenser les dynamiques de pouvoir et à recentrer les pratiques de soins sur l'autodétermination, le rétablissement et le soutien social. ■

1. Bien qu'il existât dès le XIX^e siècle aux États-Unis et en Europe d'autres importants groupes de soutien pour les buveurs d'alcool et pour d'anciens patients en psychiatrie [3].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Centre ressource réhabilitation psychosociale. Pair-aidance. 28 mai 2020. En ligne : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/pair-aidance> [dernière consultation le 6 août 2025].
- [2] Roelandt J.-L. Chapitre 1 – Construction de l'expérimentation. In : Roelandt J.-L., Staedel B. (dir.) *L'Expérimentation des médiateurs de santé-pairs : Une révolution intranquille*. Vélizy-Villacoublay : Éd. Doin, coll. Polémiques, 2019 : p. 1-20. En ligne : <https://doi.org/10.3917/jle.roela.2016.01.0001>
- [3] Le Cardinal P., Roelandt J.-L., Rafael F., Vasseur-Bacle S., François G., Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'Information psychiatrique*, 2013, vol. 89, n° 5 : p. 365-370. En ligne : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-365?lang=fr>.
- [4] Cooper R. E., Saunders K. R. K., Greenburgh A., Shah P., Appleton R., Machin K. *et al.* The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: A systematic umbrella review. *BMC medicine*, février 2024, vol. 22, n° 72. En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>
- [5] Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS). Pair-aidance : repères et état des lieux. *Santé mentale*, 20 décembre 2023. En ligne : <https://www.santementale.fr/2023/12/pair-aidance-reperes-et-etat-des-lieux/>
- [6] De Bie L., Michetti-Wilson E. *Drift from peer support values and standards: A position statement and call for action*. Richmond Hill : PeerWorks, juin 2024 : 75 p. En ligne : <https://www.peerworks.ca/uploads/Docs/Resourses/drift-from-peer-support-values-and-standards-a-position-statement-and-call-for-action-spreads.pdf>
- [7] Coldefy M., Gandré C., Rallo S. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la Santé*, juin 2022, vol. 269. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>

« J'ai transformé l'expérience de ma souffrance psychique en compétence »

Entretien avec **Pauline Vassallo**,
Pair-aidante et formatrice en santé mentale.

La Santé en action : Pourquoi êtes-vous devenue pair-aidante en santé mentale ?

Pauline Vassallo : Pour devenir pair-aidant en santé mentale, il faut avoir connu un trouble psychique. Le mien a été diagnostiqué en 2001 ; je suis rétablie depuis une dizaine d'années. J'ai traversé des moments très difficiles : quand j'étais jeune, à cause de ma pathologie, j'ai été licenciée pour faute grave ; j'ai connu la discrimination, la stigmatisation, etc. comme beaucoup d'autres. En 2019-2020, j'ai décidé de changer de métier, j'ai rejoint l'association Bol d'air¹ et suivi en formation continue la licence professionnelle de médiateur de santé-pair. Cela m'a permis de donner une autre dimension à mes engagements bénévoles, car j'ai toujours aimé la relation d'aide. J'ai transformé l'expérience de ma souffrance psychique en compétence professionnelle. Aujourd'hui, j'ai franchi une nouvelle étape en créant mon association Revif, avec laquelle je développe mon activité indépendante.

S. A. : Quelle est la spécificité du pair-aidant ?

P. V. : Je ne peux parler que de ma posture, car nous avons tous une manière différente de travailler, liée à notre histoire personnelle, aux lieux dans lesquels nous intervenons – associations, centres médico-psychologiques (CMP), secteur médico-social – et au fait que cette fonction n'est pas réglementée. Je partage mon activité entre accompagnement individuel en présentiel, par téléphone ou en visio, et formation-conseil auprès des professionnels. Ces derniers ont plus de mal à conceptualiser le rôle d'un pair-aidant que les personnes vivant avec un trouble psychique, qui saisissent d'emblée l'utilité de cet espace d'échange qui leur est proposé. Elles peuvent parler sans peur d'être jugées ou forcées à quoi que ce soit, puisque les pairs-aidants n'ont aucun pouvoir de contrainte, et en ayant l'assurance d'être comprises par quelqu'un

qui a connu un vécu similaire, le parcours de soin en psychiatrie, la prise de médicaments, etc. Je suis là pour accompagner chacun sur son chemin de vie et de rétablissement. Le rétablissement est le fait de mener une vie satisfaisante et épanouie, avec ou sans symptôme, avec ou sans traitement ; il est défini par la personne elle-même et doit le rester. La particularité du pair-aidant par rapport à un autre professionnel de la relation d'aide, c'est le savoir expérientiel émanant de son parcours.

S. A. : Vous imposez-vous des limites dans cette relation professionnelle ?

P. V. : C'est une relation de soutien dans laquelle je mets de l'affect, tout en veillant à ce qu'elle ne se transforme pas en lien amical ou en lien de dépendance. Mon objectif est au contraire que la personne devienne indépendante, qu'elle mène une vie satisfaisante et épanouie. Je me défends de dire aux personnes ce qu'elles devraient faire, je ne me sens pas responsable des décisions qu'elles prennent, je ne remets jamais en cause leur parole. Les personnes concernées sont les seules à pouvoir définir leur chemin de rétablissement, fait d'essais et parfois d'erreurs. *A contrario*, dans les structures médico-sociales très protocolisées, quand une personne ne suit pas le parcours prévu, on pense qu'elle échoue. En réalité, elle n'a juste pas choisi ce parcours. Former à l'autodétermination, c'est construire les parcours avec les personnes et non à leur place, pour que leurs choix et leurs essais soient reconnus comme des réussites.

S. A. : Comment se passe la coopération avec les professionnels ?

P. V. : C'est très variable. Certains ne reconnaissent pas notre savoir expérientiel comme un savoir égal au leur, et ils refusent de travailler avec nous ; d'autres sont convaincus et trouvent notre place légitime. Aujourd'hui, l'impulsion vient des pouvoirs publics, mais cela ne veut pas dire que les équipes, notamment dans les services psychiatriques, sont prêtes à accueillir des pairs-aidants. Notre

L'ESSENTIEL

► La pair-aidance en santé mentale transmet des savoirs issus de l'expérience vécue, mobilisés pour accompagner les personnes vivant avec un trouble psychique vers le rétablissement, sans jugement ni contrainte. Cette pratique, qui favorise l'autodétermination des patients, se développe, mais elle reste diversement accueillie par les soignants. Si son développement est désormais soutenu par les pouvoirs publics, elle est loin d'être reconnue comme un métier.

activité n'est pas encore reconnue comme un métier, mais son intégration au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) est à l'étude.

S. A. : Qu'apporte une formation de médiateur en santé-pair ?

P. V. : Les connaissances sur la nosographie des troubles psychiques et sur le système de soins sont utiles, car si je connaissais ma pathologie, je manquais d'information sur les autres. L'est aussi la découverte des outils d'auto-soutien – qui permettent à chacun d'être acteur de son soin, comme le journal de suivi de l'humeur – ou des méthodes psychoéducatives pour mieux vivre avec la maladie ou avec les traitements. Toutefois, certains pairs-aidants revendiquent le choix de ne pas se former ou de ne pas être rémunérés pour cette activité. Cette diversité d'approches fait la richesse de notre fonction, chacun exerçant à sa façon. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quérue**,
rédactrice en chef.

1. L'association Bol d'air accompagne en Seine Saint-Denis les personnes en souffrance psychique, pour la plupart en situation sociale précaire.

Pour compléter le dossier, cette bibliographie rassemble des rapports, enquêtes, études et ouvrages traitant des multiples dimensions de la santé mentale, de ses enjeux et des stratégies d'intervention. Elle explore le cadre conceptuel qui définit la santé mentale, ses approches et ses déterminants. Elle est axée autour des données françaises (données épidémiologiques, plans stratégiques, évaluations des politiques). Est aussi proposée une sélection d'interventions ou de programmes, ainsi que des ressources à destination des intervenants.

Les liens Internet ont été consultés le 15 septembre 2025.

Laetitia Haroutunian

Documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

CADRE GÉNÉRAL ET CONTEXTES

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL, DÉFINITIONS

- **La santé mentale : tous concernés.** [Dossier] *Servir*, 2025, 5 (538) : 60 p. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-servir-2025-5?lang=fr>
- **Porta Bonete F., Vautard A. *La Santé mentale en France*.** Bordeaux : LEH éditions, 2024 : 792 p.
- **Melchior M. *Santé mentale. Un défi pour le xx^e siècle*.** Paris : Michalon, 2023 : 240 p.
- **Pereira A., Dubath C., Trabichet A-M. *Les Déterminants de la santé mentale : synthèse de la littérature scientifique*.** Genève : minds, 2021 : 56 p. En ligne : <https://www.minds-ge.ch/ressources/les-determinants-de-la-sante-mentale>
- **Organisation mondiale de la Santé. *Atteindre le bien-être. Un cadre mondial destiné à intégrer le bien-être à la santé publique au moyen d'une approche axée sur la promotion de la santé*.** Genève : OMS, 2024 : 34 p. En ligne : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376955/9789240091573-fre.pdf?sequence=1>
- **Lewis S., Freeman M., Van Ommeren M., Chisholm D., Gascoigne Siegl O., Kestel D. *World mental health report. Transforming mental health for all*.** Genève : OMS, 2022 : 296 p. En ligne : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
Vue d'ensemble du rapport en français (28 p.) : En ligne : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356117/9789240051928-fre.pdf?sequence=1>
- **Mattig T., Chastonay P. Évolution de la notion de santé (santé physique et santé mentale) : d'une notion statique à une définition dynamique.** *Aporia*, 2022, 14 (1) : 18-22. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/361359260_Evolution_de_la_notion_de_sante_sante_physique_et_sante_mentale_d'une_notion_statique_a_une_definition_dynamique
- **Sebbane D., De Rosario B., Roelandt J.-L. La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen.** *La Santé en action*, 2017 (439) : 10-3. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/141848/2119497?version=1>
- **Roelandt J.-L., Vaglio A., Magnier J., Defromont L. La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs. » *Pratiques en santé mentale*, 2015 : 61 (1) : 47-58. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-47?lang=fr>**

APPROCHES EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

- **Montagni I. Littératie en santé mentale : de quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir ?** *Questions de santé publique*, 2023 (46) : 1-4. En ligne : https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/05/Web_QSP46_IReSP_46_2023046_WEB.pdf

- **Shankland R. La psychologie positive, un levier pour la santé mentale.** *Éducation santé*, 2022 (393) : 3-5. En ligne : <https://educationsante.be/la-psychologie-positive-un-levier-pour-la-sante-mentale/>
- **Caria A. Promouvoir une vision globale de la santé mentale : un enjeu politique, social et culturel.** *L'Information psychiatrique*, 2020, 96 (3) : 173-5. En ligne : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-3-page-173?lang=fr>

SANTÉ MENTALE EN FRANCE

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- **Léon C., Gillaizeau I., Du Roscoât E. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans. Résultats du Baromètre Santé publique France (2017-2021).** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2025 (14) : 246-55. En ligne : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025_14_1.html
- **Hazo J.-B. Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies.** *Études et Résultats*, 2025 (1340) : 8 p. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-06/ER1340-Epicov_MEL2%20%281%29.pdf
- **Léon C., Godeau E., Spilka S., Gillaizeau I., Beck F. *La Santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022*.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2024 : 17 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/enquetes-etudes/la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-collégiens-et-lycéens-en-france-hexagonale-resultats-de-l-enquete-enclass-2022>
- **Boini S., Colin R., Langevin V. Effets des expositions psychosociales sur la santé des salariés. Mise à jour des connaissances épidémiologiques.** *Références en santé au travail*, 2024 (180) : 97-111. En ligne : <https://www.inrs.fr/media.html?reflNRS=TP%2057>
- **Premiers résultats d'Enabes sur le bien-être et la santé mentale des enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en France métropolitaine et scolarisés.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2023 : 10 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/541964/3944021?version=2>
- **Colleville A., Kermarec F. *Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs*.** Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Études et enquêtes, 2021 : 82 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/369912/3138024?version=1>

PLANS STRATÉGIQUES, RAPPORTS D'INFORMATION OU D'ÉVALUATION

- **Mouiller P., Sol J., Chasseing D. *Rapport d'information. Santé mentale et psychiatrie : pas de « grande cause » sans de grands moyens*.**

Paris : Sénat, commission des Affaires sociales, 2025 : p. 1-8. En ligne : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2024/r24-787-notice.html>

• **Délégation ministérielle à la Santé mentale et à la Psychiatrie (DMSMP). Rapport du tour de France des projets territoriaux de santé mentale (PTSM).** Paris : ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, 2024 : 82 p. En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tour_de_france_ptsm-2.pdf

• **Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, Conseil de l'enfance et de l'adolescence. Avis du Conseil de l'enfance et de l'adolescence. Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents.** Paris : HCFEA, 21 novembre 2024 : 8 p. En ligne : https://www.strategie-plan.gouv.fr/files/files/Publications/2024/HCFEA%20-%20Sant%C3%A9%20mentale/hcfea_avis_sme_renouveler_lalerte.pdf

• **Santé mentale et psychiatrie : mise en œuvre de la feuille de route. État d'avancement au 1^{er} mars 2024.** Paris : ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024 : 128 p. En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf

• **Une ambition refondée pour la santé mentale et la psychiatrie en France. Pour une société qui comprend, pour une société qui agit. Assises de la santé mentale et de la psychiatrie.** Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2021 : 72 p. En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale-ok_01.pdf

• **Union nationale des centres communaux d'action sociale (Uncas). Priorité santé mentale ! État des lieux des dispositifs dans les territoires.** Paris : Uncas, 2024 : 20 p. En ligne : <https://www.uncas.org/sites/default/files/2024-10/Sant%C3%A9%20Mentale%20BD%20-%200ctobre%202024%20%2810-10%29.pdf>

REPÈRES POUR L'ACTION

INITIATIVES, PROGRAMMES

• **Luherne M., Boussard J., Lemaire N., Guillouche J., Bounaud V., Goxe-Desseau S. et al. Repenser les actions de la ville au prisme de la santé mentale. Exemple d'actions des Villes-Santé.** Rennes : Réseau français Villes-Santé, 2025 : 70 p. En ligne : <https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2025/01/A4-BROCHURE-RFVS-WEB-2025.pdf>

• **Brunet V. Des actions locales en soutien du bien-être mental des enfants.** *Gazette santé social*, 2025 (14) : 52-3. En ligne : <https://www.lagazettedescommunes.com/977631/des-actions-locales-en-soutien-du-bien-etre-mental-des-enfants/>

• **Vaillant-Coinard E., Gisclard B., Royer M. Conception d'interventions préventives en santé mentale auprès des collégiens.** *Revue de santé scolaire & universitaire*, 2024 (86) : 24-32. En ligne : <https://hal.science/hal-04516287v1>

• **Tourigny A., Gervais M.-J., Maltais M., Gauthier A., Cardinal L. Créer des conditions favorables à la santé et à la qualité de vie des personnes vieillissantes : un modèle intégrateur.** Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2024 : 55 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3501>

• **Guillemet É., Meunier-Beillard N., Costa M. Exemple de coconstruction d'un programme d'empowerment en faveur de la santé des personnes vivant avec des troubles psychiques.** *Santé publique*, 2023, 35 (3) : 261-70. En ligne : https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/CAIRN/_b64_b2FpLWNhaXJlLmluZm8tU1BVQl8yMzNmMDI2MQ%3D%3D/exemple-de-coconstruction-d-un-programme-d-empowerment-en-faveur-de-la-sante-des-personnes-vivant-av?_lg=fr-FR

• **Bec É. Éco-anxiété : des pistes pour agir. Enfants, ados et jeunes adultes. Dossier de connaissances.** CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2023 : 88 p. En ligne : <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2023/11/202311DC-ecoanxiete.pdf>

• **La Santé mentale dans la Cité. Des repères pour comprendre, des exemples pour agir.** Psycom, 2021 : 20 p. En ligne : https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/PSYCOM_BROCHURE_SANTE_MENTALE_DANS_LA_CITE_VF.pdf

• **Millette L. Aider nos enfants à relever des défis pour avoir de meilleurs moyens demain : les programmes de promotion de la santé mentale du CRISE.** *Quintessence*, 2021, 12 (8) : 1-2. En ligne : <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/2021/07/quintessence-vol-12-no-08.pdf>

ÉVALUATIONS D'INTERVENTIONS

• **Iba H., Prompt E. Analyse scientifique des critères d'efficacité d'une action de prévention en faveur du bien-être psychologique des personnes de 60 ans et plus.** Paris : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), mars 2025 : 54 p. En ligne : <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-04/CNSAUGF-Analyse-thematique-bien-etre-psy-VF.pdf>

• **Kovess-Masfety V., Saunderson L., Mellor N. Améliorer la santé mentale et le bien-être des salariés : quelles sont les interventions qui marchent ?** *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2020, 81 (1) : 45-54. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1775878519302103>

• **Roberge M.-C., Déplanche F. Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes.** Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2017 : 73 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2283_connaissances_champs_action_promotion_sante_mentale_jeunes_adultes.pdf

RESSOURCES POUR LES INTERVENANTS

• **Créer et faire fonctionner un conseil local de santé mentale (CLSM). Guide de recommandations.** Hellemmes : Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale, 2025 : 75 p. En ligne : <https://ressources-clsm.org/sites/default/files/2025-05/250519-Guide%20national%20CLSM-web.pdf>

• **Bailleul L., Lazhari M., Mostaert N. Guide de bonnes pratiques pour franchir les (premiers) pas vers une meilleure santé mentale.** Lille : Dansons comme des fous, 2024 : 15 p. En ligne : https://promotionsante-hdf.fr/app/uploads/2024/09/Guide-des-bonnes-pratique_Web-1.pdf

• **Agir sur la santé dans les territoires ruraux. Fiche synthétique 4 : la santé mentale.** Aubervilliers : Fabrique territoires santé, 2024 : 15 p. En ligne : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2024/05/fiche-4-sante-mentale-PPP-A5-003.pdf>

• **Fassler S., Fohn Z., Walter S. Bonnes pratiques en matière de promotion de la santé psychique au travers de l'environnement physique.** Berne : Promotion santé Suisse, 2023 : 13 p. En ligne : https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-12/Feuille_d_information_094_PSCH_2023-12_Bonnes_pratiques_sante_psychique_environnement_physique.pdf

• **(Coll.) Nouveaux intervenants en santé mentale. [Dossier] Pratiques en santé mentale**, 2023 (3) : 3-79. En ligne : <https://www.pointlire.fr/livre/9791034608188-pratique-en-sante-mentale-n-3-2023-nouveaux-intervenants-en-sante-mentale-collectif/>

• **Bec É. Promouvoir la santé mentale des adolescents dans une société en crise. État des lieux, diagnostic, repérage et pistes d'orientation.** CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2022 : 110 p. En ligne : <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2023/01/Dossier-de-connaissance-JER-2022-INTERACTIF.pdf>

• **Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés. Soutenir la santé mentale des personnes migrantes. Guide ressource à destination des intervenants sociaux.** Bron : Orspere-Samdarra, 2022, 35 p. En ligne : <https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2022/02/os-soutenir-la-sante-mentale.pdf>

« Ces échanges ont permis de bâtir une intervention en promotion de la santé au travail adaptée »

Entretien

avec Camille Bergeret,

responsable impact et partenariats publics, association VoisinMalin,

Anne Gosselin,

démographe, chargée de recherche, Institut national d'études démographiques (Ined).

L'ESSENTIEL

► L'association VoisinMalin, qui travaille dans les quartiers prioritaires, et l'Institut national d'études démographiques (Ined) se sont associés pour mener une recherche-action portant sur la santé au travail. Cette démarche participative a impliqué une vingtaine de Voisins malins, salariés de l'association à temps partiel, habitant trois quartiers d'Île-de-France. De l'élaboration d'un questionnaire à la campagne d'information en porte-à-porte, ces derniers ont apporté leur vision des réalités à la collecte scientifique de données. Ce projet pionnier préfigure de futures coopérations entre chercheurs et acteurs de terrain.

La Santé en action : Comment est né le projet ?

Camille Bergeret : VoisinMalin, association créée en 2010, intervient dans les quartiers prioritaires de plusieurs villes¹ en France pour renforcer le pouvoir d'agir de leurs habitants et améliorer leur accès à l'information, aux droits, aux services publics et à la participation à la vie locale. Pour cela, elle recrute en contrat à durée indéterminée (CDI) à temps très partiel des Voisines et Voisins malins, habitants de ces quartiers, qui vont à la rencontre de leurs voisins en porte-à-porte pour leur transmettre des informations utiles. Le cadre salarié permet à l'association de valoriser les connaissances et les compétences relationnelles précieuses des habitants et de travailler rigoureusement avec une plus grande diversité de profils que ce que permettrait le bénévolat.

L'idée de la recherche-action sur la santé et le travail est née d'un double constat. Lors de campagnes sur l'accès à l'emploi, de nombreuses personnes relataient que des problèmes de santé limitaient ou empêchaient leur accès au travail, témoignant par exemple : « Je ne travaille plus, le travail m'a usé. » Par ailleurs, la crise sanitaire de la Covid-19 a mis en lumière la surexposition des habitants des quartiers populaires à des emplois pénibles ou précaires, en première ligne des risques de contamination.

Nous avons donc voulu approfondir ces liens entre santé et travail, en nous associant à un acteur de la recherche pour croiser les regards et enrichir notre action. Nous avons répondu en 2022 à un appel à projets « Réduction des inégalités sociales de santé : appel à proposition d'initiatives pour le financement d'actions structurelles », lancé par l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France. Son but était entre autres d'encourager les coopérations entre acteurs de terrain et chercheurs. Nous sommes alors entrés en relation avec l'Institut national des études démographiques (Ined), par l'intermédiaire d'une directrice de recherche qui connaissait bien VoisinMalin et l'Ined, pour mener une recherche-action² sur quatre quartiers populaires de trois communes : Grigny 2 à Grigny, le Val-Fourré à Mantes-la-Jolie, Bel Air – Grands-Pêchers et La Noue à Montreuil.

S. A. : Quel est l'objectif de cette recherche-action ?

Anne Gosselin : L'objectif global est de recueillir des éléments sur les interactions entre santé et travail auprès des habitants de ces trois quartiers.

Il est aussi de mieux comprendre et d'améliorer leurs connaissances sur les risques professionnels et sur les services existants pour les accompagner dans des problématiques de santé au travail, d'accès à l'emploi et d'accès aux soins. Plus précisément, nous voulions d'abord documenter les situations vécues en matière de santé et de travail à travers une enquête quantitative ; ensuite, il s'agissait de co-construire à partir de ses résultats une intervention de promotion de la santé destinée à donner aux résidents des quartiers des moyens de prévenir et de prendre en charge les effets du travail sur leur santé ou les effets de leur santé sur leur travail et sur leur accès à l'emploi ; et enfin, d'évaluer l'impact qualitatif de cette intervention. Les personnes vivant dans les quartiers populaires sont souvent sous-représentées dans les enquêtes nationales. Notre projet est aussi un moyen de documenter la perception du lien entre santé et travail dans une population moins représentée dans les enquêtes et très concernée par cette problématique.

C. B. : Cette recherche-action est aussi un moyen d'approfondir notre compréhension des réalités vécues sur nos territoires d'intervention, en croisant les savoirs empiriques des Voisins malins avec les savoirs issus de la recherche. C'était la première fois que nous abordions concrètement le lien santé-travail dans une de nos actions. Cette alliance de savoirs nous a semblé précieuse pour agir le plus justement possible. À l'issue du projet, nous souhaitons discuter ce que nous en avons appris avec les partenaires des territoires pour alimenter les réflexions sur les prises en charge et l'accompagnement des personnes.



S. A. : Comment s'est déroulée la démarche ?

C. B. : Trois grandes phases ont structuré le projet qui s'appuie sur une démarche participative. La première a été une phase d'enquête, avec la co-construction d'un questionnaire, qui a été administré à 462 personnes. Les Voisins malins ont participé en s'exprimant sur le choix des thèmes et sur l'ordre dans lequel les aborder. Ils ont par exemple souhaité ajouter des questions sur les apports positifs du travail, perçus par les habitants ; ils ont aussi choisi de commencer par des questions sur les conditions d'emploi plutôt que sur la santé. Ils ont également contribué à la juste formulation des questions, pour que tous les participants se les approprient et puissent les poser de manière semblable et compréhensible. Ils ont permis de définir des modalités de passation pertinentes, notamment en privilégiant l'espace public, des espaces fréquentés par des travailleurs ou des lieux où les personnes restent généralement un moment, ce qui favorisait le fait de s'adresser à des gens *a priori* disponibles une trentaine de minutes.

A. G. : Ensuite, nous avons analysé les premiers résultats et les avons discutés lors d'un séminaire participatif de deux jours. Ces échanges ont permis de croiser les interprétations, et de dégager des axes d'action pour bâtir une intervention en promotion de la santé au travail adaptée. Une campagne de porte-à-porte a été élaborée pour ouvrir le dialogue avec les habitants sur les interactions entre santé et travail et les informer sur les ressources disponibles : la sécurité sociale (présentation des

arrêts maladie, des accidents du travail, des services d'accompagnement des personnes en arrêt maladie, etc.), la médecine du travail, les centres de santé de proximité, le fonds d'action sociale du travail temporaire, les organisations syndicales, l'inspection du travail, les structures locales d'accompagnement dans et vers l'emploi incluant la prise en compte du volet santé, etc. Nous informons les habitants sur les accompagnements proposés par ces acteurs et leur transmettons des coordonnées, notamment celles des services à proximité. Cette intervention ciblant 900 logements a commencé en avril 2025 à Mantes-la-Jolie et Grigny et en juin 2025 à Montreuil et elle s'est terminée en septembre 2025. Nous menons actuellement la troisième phase, l'évaluation qualitative, avec des entretiens réalisés quelques semaines après la visite, pour mesurer l'impact de l'intervention sur les connaissances, les intentions ou les démarches entreprises.

S. A. : Qui sont les Voisins malins participants ?

C. B. : Une vingtaine de Voisins malins aux profils divers ont participé à la recherche-action, de la construction de l'enquête à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'intervention de promotion en santé. La majorité sont des femmes. Jeunes, mères au foyer, retraités, personnes en emploi ou au chômage, avec ou sans problèmes de santé. Ils connaissent leur quartier et ses réalités locales. Leur rôle est central, ils obtiennent facilement la confiance des habitants. Leur diversité est une force dans un tel projet.

S. A. : Ont-ils été formés avant la recherche-action ?

C. B. : Les Voisins malins bénéficient d'une formation continue chez Voisin-Malin quant à la posture à adopter en porte-à-porte (neutralité, écoute active, réaction en cas de situation difficile). Pour ce projet, plusieurs sessions de sensibilisation sur les enjeux, acteurs et droits de santé et de la santé au travail, d'une à deux heures, ont eu lieu avec des partenaires comme la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, la direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des médecins du travail ou des structures locales. Elles ont été suivies par une formation à la passation de questionnaire, avec des mises en situation. L'équipe de recherche a aussi animé des séances sur les méthodes scientifiques et les enjeux liés à la formulation des questions. De plus, les Voisins malins ont été accompagnés en continu par les responsables de site de l'association.

S. A. : Quels premiers résultats avez-vous observés ?

A. G. : L'enquête a révélé un déficit important de connaissance sur les dispositifs existants en santé-travail. Beaucoup d'habitants ignoraient comment déclarer un accident du travail ou contacter la médecine du travail. Il y a aussi une grande hétérogénéité des situations : personnes en emploi stable ou précaire, intérimaires, sans-papiers, indépendants. Les moins informées sont celles qui n'ont pas de logement stable, celles qui sont les plus isolées, les immigrés arrivés récemment. Ceci a



permis de construire une intervention très contextualisée et multiprofil. Les questions posées au début de l'intervention sur la situation par rapport au travail permettent d'orienter les Voisins malins vers certains thèmes et certaines ressources à aborder avec l'habitant rencontré. L'intervention est ainsi adaptée à chacun, y compris par rapport au domicile : en effet, un livret des ressources et des services existants a été réalisé pour chaque quartier et distribué à chaque habitant rencontré.

C. B. : Sur le terrain, les retours sont positifs. Les habitants se montrent globalement très actifs dans la discussion. Suite à leur échange avec un Voisin malin, 70 % disent avoir appris quelque chose, 15 % déclarent souhaiter entreprendre une démarche, et 50 % disent qu'ils le feront en cas de besoin. Cela montre une vraie pertinence du sujet. Cet espace de discussion est également bienvenu pour des personnes qui rencontrent des situations délicates et qui se livrent sur ce qu'elles vivent. Après la campagne d'intervention, l'analyse qualitative apportera des résultats plus précis, grâce à l'observation de plusieurs entretiens en porte-à-porte et des entretiens complémentaires menés par les chercheurs avec les bénéficiaires, quelques semaines après la visite. Nous mesurerons l'impact de l'intervention sur les connaissances, les intentions ou les démarches entreprises.

S. A. : Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

C. B. : Il n'a pas été simple d'adapter notre posture habituelle à celle d'un protocole de recherche sans perdre notre ADN. Bien que cadrés par une

trame de messages à transmettre, les échanges entre Voisins malins et habitants sont souvent guidés par la discussion spontanée qui s'installe, et sont au final différents les uns des autres, en fonction de la personne rencontrée. Pour la recherche-action, il fallait suivre un cadre plus rigoureux, limiter la possibilité de reformuler certaines questions... Cela a nécessité des ajustements, beaucoup de dialogue. Une autre difficulté réside dans la rencontre entre la méthode d'enquête mobilisée par la recherche – inductive et s'appuyant sur un grand nombre de questions – et notre approche habituelle – plus pragmatique et cherchant à aller à l'essentiel. Il est arrivé à plusieurs reprises que les Voisins malins demandent : « *En fait, pourquoi pose-t-on cette question ?* » Habituellement, nous portons des démarches d'enquête plus limitées, avec moins de questions et des objectifs plus restreints, mais tous très solidement appropriés par les Voisins malins. La multiplicité des questions a rendu plus délicates l'identification des enjeux et l'appropriation de ce questionnaire par les participants.

A. G. : En effet, le défi a notamment été de rendre le questionnaire accessible tout en respectant les standards scientifiques. Plusieurs versions ont été travaillées avant validation. Le résultat est là : les personnes interrogées n'ont pas abandonné en cours de questionnaire, d'où des réponses complètes et une vraie utilité des données récoltées.

S. A. : Le projet va-t-il se prolonger ?

C. B. : Une campagne similaire va être menée sur un autre quartier populaire de Grigny. Parallèlement,

VoisinMalin porte deux autres projets de recherche-action sur le recours aux dépistages organisés des cancers avec l'Institut national du cancer, le pôle de psychologie sociale (PôPS) de l'université Lumière Lyon 2, le centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Cerpop-Inserm) et l'association de recherche contre le cancer Sentinelles. Cela ouvre une dynamique durable de coopération entre le terrain et la recherche.

A. G. : C'est un vrai changement de culture de part et d'autre. En tant que chercheurs, nous réinterrogeons nos catégories d'analyse pour décrire les personnes rencontrées et leurs situations en tenant compte de points de vue extérieurs au monde de la recherche. Nous apprenons aussi de nouvelles façons d'animer des temps de travail de manière participative. Côté VoisinMalin, la collecte et l'analyse des résultats des actions menées ont été enrichies, en s'inspirant des méthodes de la recherche. Ce projet soutient une montée en compétence mutuelle, une compréhension plus fine des pratiques, et une réflexion partagée sur nos manières d'agir et de produire de la connaissance. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Essonne, Seine-Saint-Denis, Val d'Oise, Yveline, Nord, Rhône, Paris, Marseille. En ligne : <https://www.voisin-malin.fr/>

2. Ce projet a reçu le soutien financier de l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Faire du club sportif un lieu promoteur de santé

Florence Rostan,
chargée de mission en Promotion de la santé,
Santé publique France,
Aurélien Van Hove,
professeure,
Unité Mixte de Recherche 1319 Interdisciplinarité
en Santé Publique, Interventions & Instruments
de mesure complexes – Région Est,
université de Lorraine.

La charte d'Ottawa souligne l'importance d'une approche par milieu de vie, fondée sur l'idée que le maintien et l'amélioration de la santé ne doivent pas être centrés seulement sur l'individu et sur ses problèmes de santé, mais que des changements doivent être générés au sein des organisations et des communautés pour assurer le développement d'environnements favorables à la santé [1]. Cette approche a été récemment adaptée au contexte du club sportif [2], inspirée par d'autres milieux de vie, tels que l'école ou la ville. Au sein du club sportif, cette démarche se fonde sur trois niveaux de mise en œuvre [2] : les politiques et les orientations du club (niveau macro), le soutien des dirigeants envers les entraîneurs (niveau méso), les activités des entraîneurs (niveau micro). Elle repose sur quatre types de déterminants :

- économiques (ressources humaines, financières, matérielles et temporelles) ;
- environnementaux (infrastructures, matériel, climat) ;
- organisationnels (règles et politiques de promotion de la santé, expérience en promotion de la santé) ;
- sociaux (valeurs, soutien social) [2].

Depuis 2018, le projet PROMotion de la Santé dans les Clubs Sportifs (PROSCeSS) accompagne ainsi les organisations sportives (fédérations, clubs) à devenir des milieux de vie promoteurs de santé. Ce programme est né d'un partenariat entre Santé publique France, le ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie Associative, l'université Côte d'Azur et l'université de Lorraine. Il s'appuie sur la recherche et le développement pour élaborer des outils mis à disposition des acteurs du mouvement sportif et de la promotion de la santé. Ceci répond à plusieurs besoins exprimés par ces acteurs, identifiés grâce à une démarche de recherche participative de *concept mapping*¹ [3].

Sur le site Internet PROSCeSS², créé en 2021, les productions du projet sont rassemblées, incluant :

- le Mooc PROSCeSS, entièrement en ligne et gratuit, qui s'adresse aux professionnels du sport et de la santé souhaitant faire de leur environnement de pratiques un milieu de vie promoteur de santé ;
- l'accompagnement à la démarche PROSCeSS, mis en œuvre par le Cavigal Gym (voir article p. 42), qui permet aux dirigeants des clubs sportifs de développer leurs projets [4] ;
- la formation Mentor PROSCeSS, gratuite, qui prépare les acteurs de seconde ligne du sport, de la santé, du secteur social (collectivités territoriales, fédérations sportives, maisons sport-santé ou pluridisciplinaires, etc.) à accompagner les clubs sportifs dans la mise en place d'actions de promotion de la santé ;
- deux jeux permettant de découvrir les types de déterminants de santé et de gérer les stratégies de promotion de la santé d'un club de sport ;
- des outils d'évaluation et d'observation de la promotion de la santé au sein des clubs de sport, aidant à l'analyse des besoins et des activités de leurs membres.

Une étude conduite en France, auprès de 280 pratiquants sportifs, d'une centaine d'entraîneurs et d'une centaine de dirigeants sportifs, a démontré de nombreux bénéfices à promouvoir la santé au sein des clubs de

L'ESSENTIEL

► Depuis 2018, le programme PROSCeSS soutient les clubs de sport pour en faire des lieux de vie promoteurs de santé, en capitalisant sur la recherche et sur les expériences. Désormais, des formations en ligne et un accompagnement personnalisé leur sont proposés pour se lancer dans cette démarche.

sport [5]. L'étude a identifié que les pratiquants enfants et adultes éprouvaient un bienfait sur leur qualité de vie et sur leur santé grâce à la pratique sportive. Aussi, si la promotion de la santé est reliée négativement aux intentions d'abandon des entraîneurs et des dirigeants de clubs, elle est en revanche reliée positivement à leur satisfaction de jouer leur rôle au sein du club. Ainsi, les ressources développées par le projet PROSCeSS ont de nombreux bénéfices pour les pratiquants, entraîneurs et dirigeants sportifs, ainsi qu'un impact sur la santé communautaire. ■

1. Diagramme qui illustre avec des mots les représentations entre différentes idées, permettant ainsi de comprendre leurs liens.

2. En ligne : www.proscsess.org

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Guével M.-R., Porcherie M. (dir.), Marchandise C., Migeot V. *Promouvoir la santé dans les milieux de vie du quotidien*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2025 : p.256. En ligne : <https://ehesp.hal.science/hal-05088863/>

[2] Van Hove A., Lemonnier F., Rostan F., Tezier B., Vuillemin A. Promouvoir la santé au sein du club sportif : la démarche PROSCeSS. In : Fournier J. (dir.), Amiot S., Philippe R. A., Bernier M., Bia C., Bill T. et al. *Psychologie du sport et de l'activité physique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2023 : p. 171-178. En ligne : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=of7KEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA171&dq=le+club+sportif+promoteur+de+sant%C3%A9&ots=cYOFcmH4R&sig=780CRhL8uYyR3RMkiX5xMI6z7E&redir_esc=y#v=onepage&q=le%20club%20sportif%20promoteur%20de%20sant%C3%A9&f=false

[3] Johnson S., Van Hove A., Donaldson A., Lemonnier F., Rostan F., Vuillemin A. Building health-promoting sports clubs: a participative concept mapping approach. *Public Health*, 2020, vol. 188 : p. 8-17. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33049492/>

[4] Tezier B., Van Hove A., Vuillemin A., Lemonnier F., Rostan F., Vuillemin A. Étude pilote d'une intervention de promotion de la santé au sein de clubs de sport. *Santé Publique*, 2024, vol. 36, n° 1 : p. 7-22. En ligne : https://shs.cairn.info/article/SPUB_241_0007

[5] Johnson S., Vuillemin A., Epstein J., Geidne S., Donaldson A., Tezier B. et al. French validation of the e-PROSCeSS questionnaire: stakeholder perceptions of the health promoting sports club. *Health Promotion International*, 2023, vol. 38, n° 3. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/38/3/daab213/6513385>

Milieu de vie favorable à la santé
Les organisations sportives en première ligne

« Le club de sport réunit tous les ingrédients essentiels à la santé globale »

Entretien avec Stéphanie Mériaux, maîtresse de conférences, Laboratoire motricité humaine, expertise, sport, santé (Lamhess), université Côte d'Azur, présidente du club Cavigal Nice Gymnastique, présidente du comité départemental de gymnastique des Alpes-Maritimes et de Monaco.

L'ESSENTIEL

► Depuis quatre ans, le Cavigal Nice Gymnastique s'est engagé dans une démarche de promotion de la santé, qui dépasse le cadre du sport santé, principalement axé sur la lutte contre la sédentarité. Cette action s'incarne dans tous les aspects de la vie du club : accessibilité pour tous les publics, prévention des blessures, accompagnement des entraîneurs, création d'un cadre bienveillant et structurant. Chaque décision vise à favoriser le bien-être physique, mental et social des gymnastes, des plus jeunes aux plus expérimentés, en loisir comme en compétition. Cette dynamique transversale est portée collectivement par l'ensemble de l'équipe, des dirigeants aux bénévoles.

performance. C'est aussi agir sur les conditions qui permettent le maintien d'une activité physique et sportive sur le long terme, en l'adaptant aux besoins et aux objectifs. Ceci permet de diminuer l'abandon sportif, qui survient surtout à l'adolescence. Dans notre structure, notre action englobe aussi bien la gymnastique adaptée que le soutien aux jeunes sportifs engagés dans des pratiques intensives. C'est une démarche portée par un travail d'équipe, une dynamique collective, à tous les niveaux du club ; que ce soient les entraîneurs, les dirigeants, les bénévoles, les assistants coachs, chacun a un rôle à jouer. Nous défendons une approche où chaque pratiquant est important, qu'il s'agisse d'un bébé gymnaste ou d'un sportif de haut niveau. C'est cette vision partagée qui donne du sens à notre engagement.

S. A. : Le club est-il un lieu privilégié pour promouvoir la santé ?

S. M. : Le club sportif réunit tous les ingrédients essentiels à la santé globale : activité physique, lien social, régularité, engagement personnel, sentiment d'appartenance... On n'y vient pas seulement pour s'entraîner, mais aussi pour partager, se construire, se dépasser. C'est un espace de socialisation fort, et donc un levier précieux pour faire de la prévention et pour promouvoir le bien-être. Au Cavigal, historiquement, l'attention était portée sur la préservation de la santé des gymnastes en pratique intensive. Puis, en croisant mes expériences universitaires et associatives, j'ai vu qu'il y avait une cohérence à structurer une vraie politique en ce sens. Cela fait environ quatre ans qu'on a formalisé cette démarche qui répondait à des

La Santé en action : En quoi la promotion de la santé dans un club diffère-t-elle du sport santé ?

Stéphanie Mériaux : La promotion de la santé dépasse le simple cadre du sport santé, même si les deux se rejoignent. Le sport santé vise surtout à rompre la sédentarité, souvent chez des publics éloignés de la pratique, avec des formats adaptés, comme la gymnastique pour les seniors. La promotion de la santé, elle, englobe l'accessibilité à la pratique pour tous, la prévention des blessures, la prise en compte de la santé psychique, ou encore la gestion équilibrée de la





besoins internes tout en étant alignée sur les valeurs du club. On a mieux nommé ce que l'on faisait déjà et cela nous a permis d'aller plus loin.

S. A. : Quelles actions de promotion de la santé sont mises en place ?

S. M. : Elles sont multiples. Un partenariat a été développé avec un cabinet de kinésithérapie pour permettre un suivi privilégié de nos compétiteurs. Nous suivons aussi l'évolution physique des jeunes gymnastes pour prévenir les blessures liées à la croissance et afin qu'ils deviennent des adultes en bonne santé physique et mentale. Les entraîneurs des groupes de compétition mènent ainsi des actions de prévention avec un suivi des émotions des sportifs avant et après l'entraînement, notamment grâce à un tableau d'émotions adapté aux enfants. Grâce à une adaptation de nos approches pédagogiques, des enfants porteurs de handicap ou présentant des troubles de l'attention ont été inclus dans les groupes. Des formules de pratique souples ont été mises en place pour les adultes qui veulent revenir au sport sans s'engager sur l'année. En matière de bien-être, nous mettons un accent particulier sur le soutien aux entraîneurs à travers des temps de parole, des formations et des échanges réguliers, afin de favoriser un environnement d'entraînement sain et équilibré. Nous avons aussi réaménagé la salle pour rendre leurs conditions de travail plus confortables. Nous avons développé une véritable identité « club », avec des signes de reconnaissance, comme des tee-shirts et des doudounes siglés, pour renforcer le sentiment

d'appartenance. Afin d'améliorer le lien social, un groupe WhatsApp a été lancé et un partenariat a été créé avec l'association Prévention et Bienveillance dans le sport pour favoriser des temps de cohésion sociale. Des événements conviviaux (représentations de Noël et de Pâques) ont lieu pour fédérer les plus jeunes et les fidéliser, de même que les pratiquants des groupes de loisir. Cette démarche globale s'est peu à peu greffée sur ce que nous faisons déjà, avec une adhésion de l'ensemble des entraîneurs, du comité directeur, des bénévoles. Elle concerne tout le monde, des tout-petits dès 18 mois lors des séances parents-enfants, jusqu'aux seniors, et aussi bien les pratiques en loisir que compétitives, avec des approches adaptées à chaque profil.

S. A. : Rencontrez-vous des difficultés ?

S. M. : La principale difficulté est de trouver des partenariats financiers. Le manque de visibilité médiatique de la gymnastique rend la recherche de sponsors compliquée. Certes, beaucoup de choses se font grâce à l'engagement de l'équipe et au temps que chacun investit dans le club. Toutefois, nous manquons de moyens pour aller plus loin notamment en matière d'équipement. Pourtant, certains outils comme les bottes de récupération¹ ou des équipements de prévention seraient très utiles, mais leur coût reste un frein.

S. A. : Avez-vous mesuré les effets de votre action ?

S. M. : S'il n'y a pas eu d'évaluation scientifique, les retours de terrain

sont très positifs. Qualitativement, les résultats sont là : nous observons moins de blessures, moins de recours aux strappings en compétition et un climat général plus apaisé. L'environnement de travail des coaches permet une meilleure préparation concernant la gestion des émotions de leurs athlètes, leur motivation et leur confiance en eux. Le programme Promotion de la santé dans les clubs sportifs (PROSCeSS), qui nous a accompagnés pendant un an, nous a aidés à structurer notre réflexion, à identifier nos forces et nos axes de progrès. Ce temps de recul nous a permis de mieux valoriser nos actions et de les consolider.

S. A. : Quelles sont les prochaines étapes de ce projet ?

S. M. : Nous aimerions nouer des partenariats avec les écoles pour mieux aménager les horaires de nos jeunes compétiteurs, dès le primaire, afin d'éviter des entraînements tardifs. Nous voulons aussi poursuivre l'aménagement de nos locaux. À nous également de mieux communiquer pour améliorer la visibilité de nos activités santé auprès des publics seniors. Enfin, nous cherchons à élargir notre réseau de professionnels de santé partenaires, en incluant par exemple des ostéopathes, diététiciens, psychologues du sport, etc. Ces actions contribueraient à renforcer encore la qualité de notre accompagnement. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Appareil de pressothérapie pour relaxer les muscles endoloris.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Santé Mentale

info service.fr

Le site pour prendre soin de sa santé mentale.

**Parlons
santé
mentale!**
GRANDE CAUSE NATIONALE



Infos et conseils sur
santementale-info-service.fr

