

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Bien-être des jeunes

Généraliser les alliances
éducation-santé

Maladies chroniques

Strasbourg finance
l'activité physique

Saint-Denis

Prise en charge des violences
à la Maison des femmes

Dossier

Promouvoir la santé mentale de la population

Mars 2017 / Numéro 439

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr

The screenshot shows the website interface for 'LA SANTÉ EN ACTION'. At the top, there are logos for 'Santé publique France', 'inpes', and 'Ministère de la Santé et des Solidarités'. A search bar is visible. Below the navigation menu, there is a featured article titled 'Arrêter de fumer, manger mieux, bouger plus... les bonnes résolutions de 2017 : à vos marques, prêt, partez !'. The article text discusses the '2017' resolutions and mentions 'Comment tenir vos bonnes résolutions en 2017 avec Santé publique France?'. Below the article, there are several colorful cards with resolutions: 'BOIRE MOINS', 'MANGER ÉQUILIBRÉ', 'FAIRE DU SPORT', 'MANGER MIEUX', 'ARRÊTER DE FUMER', 'COUCHER PLUS TÔT', 'BIEN DORMIR', 'POSITIF', 'SE FAIRE PLAISIR', 'SE LEVER MOINS TÂRD', 'BONNES RÉSOLUTIONS', 'BOUGER PLUS', 'VARIER MON ALIMENTATION'. To the right, there is a 'NOS PUBLICATIONS' section with filters for 'Thème', 'Populations', 'Supports', and 'Publics'. At the bottom, there is a 'LA SANTÉ POUR TOUS' logo and a footer with 'Informations légales', 'Utilisation des cookies', 'Contacts', 'Accessibilité', and 'Les sites prévention'.

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

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yvèlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Santé publique France), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Fnes), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Santé publique France), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies : **Pierre-Jérôme Jehel - A-M-E-R.com**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2017
Tirage : 12.000 exemplaires

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

Bien-être des jeunes

4 _ « Généraliser les alliances entre éducation et santé au sein des établissements scolaires »

Entretien avec Marie-Rose Moro

Maladies chroniques

6 _ « L'activité physique est un médicament de prévention et de soin des maladies chroniques »

Entretien avec Alexandre Feltz

Dossier

PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Coordination :

Enguerrand du Roscoät, avec la collaboration de Pilar Arcella-Giroux

Introduction

8 _ Enguerrand du Roscoät

La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen

10 _ Déborah Sebbane, Bianca De Rosario, Jean-Luc Roelandt

« L'action publique en santé mentale doit être conçue et pratiquée en termes d'investissement social »

14 _ Alain Ehrenberg

Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive

17 _ Rebecca Shankland, Martin Benny, Nicolas Bressoud

Saint-Denis

47 _ « La Maison des femmes répond à un besoin de prise en charge globale des violences »

Entretien avec Ghada Hatem-Gantzer

« Agir sur les déterminants de santé en associant les habitants »

20 _ Entretien avec Michel Laforcade

OCDE : L'émergence du « bonheur national brut »

22 _ Entretien avec Romina Boarini

Stéréotypes et préjugés sur les personnes souffrant de handicap mental : un regard psychosocial

24 _ Paul Fontayne, Jean-Baptiste Légal

Un programme pour prévenir le harcèlement en collège et lycée

27 _ Entretien avec Françoise Robichon et Éric Verdier

Un film, puis un débat pour déconstruire les stéréotypes

30 _ Entretien avec Sophie Cervello

Ateliers Mieux Être à la Métropole européenne de Lille : « Des moments d'échange autour de la santé psychique »

32 _ Entretien avec Emmanuelle Provost et Stéphanie Curnelle

Démarche communautaire : « Associer les habitants dans la réflexion et dans l'action »

34 _ Entretien avec Philippe Lefèvre

Hommage

50 _ **Le professeur Pierre Delormas, une vie professionnelle au service de la santé publique**

Alain Douiller, François Bourdillon



© Pierre-Jérôme Jehel - A.M.E.R.com

Quand les étudiants psychologues font du porte-à-porte dans les résidences universitaires

36 _ Entretien avec Laurentine Véron

Changer les regards sur la santé mentale

38 _ Aude Caria, Sophie Arfeuillère, Céline Loubières

En Drôme, professionnels et associations en réseau pour la santé mentale

41 _ Entretien avec Christelle Guéroult

Au travail : agir sur l'organisation pour promouvoir la santé mentale

42 _ Vincent Grosjean

Pour en savoir plus

44 _ Manon Jeuland

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Manon Jeuland

Pierre-Jérôme Jehel, photographe, enseignant à l'école des Gobelins (Paris), illustre ce dossier central. Il travaille entre autres sur la thématique de la santé mentale en lien avec des unités de soins. C'est ainsi qu'avec des étudiants en photographie, il a coordonné la création d'illustrations à mi-chemin entre photographie et graphisme – en collaboration avec l'unité d'hospitalisation de psychiatrie de l'hôpital Tenon (Paris) – des « objets psycho visuels » exposés en 2006 aux Gobelins. Il réalise notamment des illustrations sur l'approche psychiatrique des questions post-traumatiques liée à des situations d'urgence, en lien avec l'Association de FORMation aux Cellules Médico Psychologique et la Société Française de Psychiatrie.

Pour en savoir plus

• <http://a-m-e-r.com>, <http://a-m-e-r.com/mots-regards/opv/>, <http://www.aforcump-sfp.org>

« Généraliser les alliances entre éducation et santé au sein des établissements scolaires »

Entretien avec

Marie-Rose Moro,

pédopsychiatre,
professeure de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent
(www.maisondesolenn.fr).

La Santé en action :

Vous êtes psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, quel rôle l'école peut-elle jouer face aux souffrances et aux vulnérabilités de certains jeunes dont vous vous faites l'écho dans votre rapport cosigné avec Jean-Louis Brison ?

Marie-Rose Moro : Effectivement, dans notre rapport² qui est consacré à la question de la santé à l'école, nous soulignons qu'outre la famille, l'école est le premier lieu du « vivre ensemble », avec donc des possibilités d'actions au sein même de l'école. La pierre d'angle est la prise de conscience de la nécessité que l'école soit un lieu de bien-être pour tous nos adolescents ; pour ce faire, le souci et la reconnaissance de leur vulnérabilité doivent faire partie du projet éducatif de tout établissement scolaire. Partant de ce postulat fondamental, on peut décliner des alliances³ entre l'éducation et la santé ; toutefois, le prérequis est que la prise de conscience doit venir de l'école, parce que l'école porte la fonction éducative et en est la garante, fonction qui ne peut être dissociée de celle de la bonne santé des élèves. Ce sont donc tous les personnels de l'établissement scolaire – enseignants, agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (atsem), direction, infirmières, etc. – qui vont être garants du fait que l'établissement est et doit être un havre de paix, et ceci pour tous.

Or, force est de constater qu'aujourd'hui ce n'est pas toujours le cas. C'est la raison pour laquelle j'évoque souvent des « blessures d'écoles » pour ces enfants et ces adolescents vulnérables et/ou en souffrance.

S. A. : Comment améliorer le bien-être de ces enfants vulnérables ?

M.-R. M. : L'un des principaux facteurs bloquants est que, globalement, les mondes de la santé et de l'école s'ignorent. Il convient donc de généraliser les alliances entre éducation et santé au sein des établissements scolaires et en lien avec les professionnels extérieurs. Ces alliances sont actuellement expérimentées dans trois régions de France, dont le Grand Est. L'enjeu est de développer considérablement le travail en commun entre les professionnels ayant une fonction pédagogique et éducative, comme les enseignants, et les professionnels de santé qui ont une fonction de soins, comme les infirmières, en associant bien entendu l'ensemble des autres professionnels des établissements scolaires et en s'appuyant sur les ressources, réseaux et infrastructures extérieurs.

S. A. : N'y a-t-il pas un paradoxe à demander à l'école de prendre en charge les souffrances des enfants et des adolescents, un problème qui s'inscrit bien au-delà de la fonction éducative ?

M.-R. M. : En effet, l'école est à la fois un lieu où se révèlent toutes les souffrances de l'extérieur (famille, société) que l'adolescent porte. L'école n'en est pas responsable, toutefois c'est en ce lieu que les souffrances s'expriment. L'école elle-même – par la pression trop forte, le stress, l'évaluation, les

L'ESSENTIEL

■
▶ **Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison¹ préconisent dans leur rapport de mission un ensemble de mesures. Deux sont en cours de mise en œuvre : l'expérimentation d'un Pass Santé Jeunes – garantissant jusqu'à dix consultations gratuites avec un psychologue, dans trois régions et auprès de 1 500 adolescents – et la création d'un corps unique de psychologues de l'Éducation nationale, avec 300 recrutements prévus courant 2017.**

méthodes – participe parfois à la souffrance des enfants ; il peut arriver qu'elle blesse, affecte enfants et adolescents fragiles, vulnérables ; certains d'entre eux par exemple butent sur la temporalité de l'exercice scolaire avec son exigence de résultats. Mais l'école est aussi un lieu initiatique au sein duquel l'enfant et l'adolescent mûrissent, un espace de révélation qui peut aider à réparer, à grandir ; c'est donc aussi un lieu où tout cela peut être guéri, transformé... Il convient impérativement de garder à l'esprit cette vision optimiste mais réaliste et structurante de ce lieu si important qu'est l'école.

S. A. : La souffrance n'est pas forcément visible à la hauteur de ce qu'elle est : comment sensibiliser les enseignants et autres adultes pour mieux coordonner éducation et santé ?

M.-R. M. : Nous proposons dans notre plan (voir encadré ci-contre) des mesures très concrètes pour développer

les formations initiale et continue des personnels de l'Éducation nationale sur la psychologie des adolescents et les problématiques de santé ; c'est effectivement le point central. Par ailleurs, nous disposons d'outils : les recommandations et les ressources existent au travers de la littérature scientifique, des modèles et des expériences innovantes sont mis en œuvre en France et dans d'autres pays. Les outils et les modes d'intervention qui réussissent ont parfois du mal à être utilisés au-delà de l'expérimentation. Les bonnes pratiques existent, le plus remarquable est que nombre d'entre elles ont été construites de façon intuitive. La meilleure preuve en est que les mesures de notre rapport sur ce chapitre éducation-école-santé sont adossées à des expériences innovantes qui existent. Comme nous étions contraints, nous n'avons pu en lister que seize, mais en réalité il en existe plus d'une centaine. Le vivier est là, mais dans notre pays, nous passons difficilement de l'expérimentation à la généralisation.

S. A. : Au-delà de l'école comme lieu d'intervention, quelles propositions de votre rapport défendrez-vous le plus âprement ?

M.-R. M. : Tout d'abord, la conviction qu'il ne faut pas renoncer à s'occuper des adolescents, de leur bien-être et de leur santé, parce que c'est possible de le faire ! Au-delà, dans la palette de ce que nous proposons, quelques mesures, comme le Pass Santé Jeunes, ont pour objectif de permettre que les plus vulnérables aient accès à l'ensemble des possibilités d'accompagnement et à une prise en charge adaptée. Nous proposons un Pass gratuit et accessible à tous, qui finance en particulier jusqu'à dix consultations auprès d'un psychologue pour chaque enfant/adolescent et deux consultations pour les parents. Je suis également très attachée à notre proposition de créer un institut de bien-être et de santé des jeunes, parce que nous avons besoin d'un lieu où l'on répertorie tout ce qui se fait et qui fonctionne, afin que l'on valorise ces pratiques avec un seul objectif : ce que l'on va apporter au bien-être et à la santé des jeunes. Un lieu de soins, de recherche, d'enseignement et aussi de lobbying pour combattre nos représentations tenaces et discriminantes, selon

lesquelles l'on ne peut rien faire. Un lieu donc de potentialisation, de soutien et de valorisation des compétences en matière de santé des jeunes.

S. A. : Que deviendront les mesures préconisées dans votre rapport ?

M.-R. M. : Pour l'heure, la création de cet institut de bien-être et de santé des jeunes n'a pas été entérinée. En revanche, l'expérimentation Pass Santé Jeunes a été votée et doit démarrer à partir du 1^{er} avril 2017 dans les trois régions retenues et elle devrait concerner 1 500 jeunes. Par ailleurs, nous avons proposé la création d'un corps unique des psychologues de l'Éducation nationale ; le décret l'entérinant a été publié en février 2017, et le premier concours va avoir lieu avec plus de 300 recrutements de psychologues de l'Éducation nationale avant l'été 2017. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Inspecteur d'académie, inspecteur pédagogique régional.
2. Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison. *Mission Bien-Être et Santé des jeunes*. Rapport remis au président de la République lors du lancement du plan Bien-Être et Santé des jeunes. Mardi 29 novembre 2016 : 103 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_bien-etre_et_sante_des_jeunes_partie_1.pdf
3. Le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes souligne en particulier : « C'est pourquoi il apparaît essentiel aujourd'hui de jeter les bases d'alliances éducatives inédites impliquant la famille, la communauté éducative et les acteurs du soin, permettant de reconnaître et de prendre en charge le mal-être des adolescents les plus fragiles, pour accroître le bien-être de tous. Ce qui doit émerger, ce sont de nouvelles solidarités territoriales entre les rectorats, les agences régionales de santé et les maisons des adolescents, entre les établissements scolaires, les parents et les professionnels de santé situés dans leur environnement ; et au-delà, avec les acteurs publics et associatifs du champ périscolaire (dans le domaine du sport notamment), de la prévention spécialisée et de la protection de l'enfance. Les collectivités territoriales (départements notamment) auront donc toute leur place dans cette démarche. » Source : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf

10 MESURES POUR MIEUX REPÉRER, ORIENTER, ACCOMPAGNER

Dans le cadre de l'élaboration du plan d'action Bien-Être et Santé des jeunes, Mme Marie-Rose Moro et M. Jean-Louis Brison, destinataires de la mission, poursuivaient quatre grands objectifs :

- repérer plus précocement les signes de grand mal-être ;
- mieux orienter les jeunes vers les professionnels compétents ;
- mieux accompagner les personnels ;
- améliorer les prises en charge.

Ce rapport s'appuie sur un travail documentaire, des auditions et des observations de terrain. De bonnes pratiques ont notamment été observées dans trois académies travaillant en lien étroit avec les agences régionales de santé (ARS) : Versailles, Nancy-Metz et Nantes. Les deux rapporteurs préconisent dix nouvelles mesures pour « une meilleure santé des jeunes » :

1. le Pass Santé Jeunes, un droit pour tous, une application, un site ;
2. L'amélioration des formations initiale et continue des personnels enseignants et d'éducation à la psychologie de l'adolescent et à leurs problématiques de santé ;
3. la création d'une permanence téléphonique dédiée à tous les personnels rencontrant des adolescents et des jeunes adultes en grande difficulté ;
4. la création du corps des psychologues de l'Éducation nationale PsyEN ;
5. le renforcement de la médecine scolaire dans les collèges et les lycées et la création d'un service médico-psycho-social au service du bien-être et de la santé des jeunes ;
6. le développement des services de santé dédiés et adaptés dans chaque université ;
7. l'augmentation nécessaire et significative des ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
8. le développement de maisons des adolescents de deuxième génération ;
9. la création d'un Institut national pour la santé des Jeunes ;
10. la mise en œuvre d'un pilotage national et régional du plan Bien-être et Santé des jeunes (2016-2020).

« L'activité physique est un médicament de prévention et de soin des maladies chroniques »

Entretien avec Alexandre Feltz,

médecin généraliste, adjoint au maire en charge de la santé publique et environnementale, ville de Strasbourg.

La Santé en action : Pourquoi ce sport-santé sur ordonnance ?

Alexandre Feltz : Les recommandations scientifiques – un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en particulier – s'accumulaient en faveur des bienfaits avérés de l'activité physique et de ses gains en particulier pour les malades chroniques. Les autorités avaient demandé au professeur Jean-François Toussaint¹ de rédiger le Programme national de prévention par l'activité physique ou sportive (Pnaps). Donc, nous disposions des éléments scientifiques et des modes opératoires d'organisation. Pour ce qui me concerne, médecin généraliste, je recommandais depuis toujours l'activité physique à mes

patients. Mais je constatais que ceux qui avaient des difficultés sociales rencontraient d'importants écueils pour accéder à l'activité physique. À partir de 2008, au sein du conseil municipal, puis en tant qu'adjoint en charge de la santé à Strasbourg, j'ai plaidé pour son

développement, d'où la mise en place du dispositif sport-santé sur ordonnance à partir de novembre 2012, à l'initiative du maire.

Concrètement, les médecins généralistes ont pu prescrire du vélo à leurs patients souffrant de maladies chroniques, car Strasbourg compte plus de 560 km de pistes cyclables. Le vélo est un très bon médicament, mais il n'est pas – ou très peu – utilisé par les malades et les gens en difficulté sociale. Puis, nous avons élargi le dispositif à d'autres activités (natation, marche, etc.). Coïncidence, à l'automne 2012, l'Académie de médecine a recommandé que l'activité physique soit remboursée par la Sécurité sociale.

S. A. : En quoi consiste ce dispositif ?

A. F. : Les maladies chroniques explosent en France, avec 11 millions de personnes concernées et un fardeau croissant des remboursements. La France est encore très pauvre en thérapies non médicamenteuses, comme la pratique de l'activité physique, validée scientifiquement.

À Strasbourg, les médecins étaient déjà sensibilisés et, quand nous avons mis en place un dispositif structuré avec une prise en charge organisationnelle et financière, ils ont largement adhéré, et c'est l'une des grandes réussites de ce dispositif : 320 médecins généralistes, soit la majorité, prescrivent aujourd'hui de l'activité physique. Cela répondait à leur attente, à celle des patients. En outre, 70 % de ces derniers ont des revenus en dessous du seuil de pauvreté, ce qui démontre que l'on parvient à toucher des personnes ayant des difficultés sociales. 1 500 personnes ont bénéficié d'ordonnances sport-santé, et actuellement, de 30 à 50 nouvelles

prescriptions sont rédigées chaque mois. Or, 70 % de ces personnes ne savaient pas faire de vélo ou nager. Ceci signifie que les inégalités sociales de santé sont aussi des inégalités d'accès à l'activité physique et au sport. Ces adultes n'ont pas – ou ont perdu – ces capacités simples.

La natation est très peu traumatique, progressive et allège le poids du corps des personnes qui ont des problèmes d'articulations ou qui sont en situation d'obésité ; le vélo est une discipline également progressive et adaptée, sa pratique soulage les gens qui peuvent avoir des difficultés à marcher. Ces disciplines, tout comme la marche, sont donc particulièrement indiquées pour les patients souffrant de maladies chroniques.

L'activité physique est un déterminant de santé majeur qui permet, par des modes organisés et financés, de transformer la vie des usagers, leur qualité de vie et leur bien-être. Soulignons que la limitation, aujourd'hui, n'est pas le niveau de prescription ni le mode d'entrée des patients dans le dispositif, mais très clairement le financement de l'activité physique par la collectivité.

S. A. : D'autres villes sont-elles engagées dans le même type de démarche ?

A. F. : Oui, plus de 40 villes du Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont mis en place un dispositif analogue ou s'apprentent à le faire. L'élément déclencheur est toujours l'investissement de la ville, le cadre le plus adapté est le contrat local de santé (CLS) : chaque commune accepte de contribuer pour recevoir des financements.

L'ESSENTIEL

▣ Strasbourg est la première grande ville de France à avoir financé l'activité physique sur ordonnance au profit des personnes atteintes de maladies chroniques.

▣ Depuis, une quarantaine d'autres villes du Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont suivi.

S. A. : Combien cela coûte-t-il au patient ?

A. F. : Strasbourg a choisi la gratuité pour le patient la première année, puis les deux années suivantes, une tarification solidaire (selon les revenus) modique et qui ne soit pas une barrière.

Cette question du reste-à-charge, c'est-à-dire de ce que l'utilisateur paie, est fondamentale. À ce jour en effet, l'activité physique n'est pas remboursée par la Sécurité sociale de manière généralisée, raison pour laquelle nous avons pris l'initiative de financer cette prise en charge. Une loi récemment adoptée et un décret ouvrent néanmoins le champ des possibles² : la loi stipule que les médecins traitants peuvent prescrire de l'activité physique aux personnes atteintes de maladies chroniques, et c'est une vraie avancée, le modèle est ainsi posé. Et dans chaque territoire, la prise en charge de l'activité physique des malades chroniques peut être une priorité financée par les contrats locaux de santé.

S. A. : Le coût de prise en charge par la collectivité n'est-il pas l'obstacle majeur ?

A. F. : C'est exact ; toutefois, si l'on replace cette prise en charge dans le contexte général des coûts/bénéfices, nous observons que le modèle strasbourgeois de sport-santé sur ordonnance coûte à peu près de trois cents à quatre cents euros par an et par patient. Or, les gains pour la Sécurité sociale sont quasi immédiats, comme l'ont démontré toutes les études scientifiques.

Au quotidien, nous constatons que des diabétiques qui pratiquent nouvellement l'activité physique réduisent leurs médicaments, que des hypertendus ont moins de difficultés de santé ; c'est donc bien la question des thérapies non médicamenteuses qui est ainsi posée.

S. A. : Comment valoriser les thérapies non médicamenteuses ?

A. F. : Personnellement, en tant que médecin, je suis persuadé que si le sport-santé avait été généralisé nous n'aurions jamais eu le problème du Mediator^{®3}, ni d'autres médicaments.

Pour contrer cette surconsommation, il faut un grand plan national favorisant l'activité physique, et pas seulement pour les malades, pour l'ensemble de la population, en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Et ne soyons pas fatalistes : quand nous proposons des alternatives aux médecins, comme nous l'avons fait à Strasbourg, nous constatons qu'ils s'y engagent fortement. Mais pour cela, il faut un système organisé et simple – cas de Strasbourg et de ces 40 autres villes –, un système qui permet au médecin traitant, dans le cadre de son activité médicale, de délivrer une ordonnance sport-santé. Un système doté d'une équipe d'éducateurs sportifs, le binôme médecin/éducateur est en effet la clé. Pour ce faire, l'équipe municipale ou associative coordonne un point d'entrée unique d'accès aux activités physiques adaptées. À Strasbourg, chaque semaine, plus de 80 séances d'activité physique sont organisées avec une prise en charge financière.

S. A. : Comment analysez-vous le développement de la chirurgie bariatrique (pose d'anneau pour faire maigrir) en France ?

A. F. : La chirurgie bariatrique est effectivement en très forte croissance en France. Des dizaines de milliers de personnes sont opérées chaque année, et ces interventions sont remboursées par la Sécurité sociale. Elles entraînent, dans certains cas, des transformations délétères majeures de la qualité de vie des patients. Alors bien sûr, à terme après l'opération, certains indicateurs peuvent devenir favorables : les patients maigrissent et ont moins de diabète par exemple. Mais la banalisation de la chirurgie bariatrique pose question : va-t-on considérer que l'avenir de la prise en charge de l'obésité, c'est cette chirurgie ? Le recours à l'activité physique est une autre voie, bien plus douce et mieux adaptée, elle est fondée sur des règles hygiéno-diététiques scientifiquement validées.

Nous constatons qu'avec un parcours santé et une prise en charge individuelle et adaptée, pilotée par le médecin de proximité, nous parvenons, comme le disent les sociologues, à faire « bifurquer les malades chroniques de leur itinéraire de vie ». Je l'observe moi-même face à un patient diabétique : certes, le médicament de référence peut participer – modestement – à la prise en charge de sa maladie, mais l'efficacité de ces molécules sur la morbidité et sur la mortalité s'avère faible. Dans la mesure du possible, ce sont les modes de

vie qu'il convient de changer. L'activité physique est un élément sur lequel on peut agir. Sinon, le patient diabétique n'aura d'autre choix que de prendre à vie ses médicaments.

S. A. : Comment convaincre un patient de l'utilité de l'activité physique ?

A. F. : Au final, l'enjeu est d'investir dans la prévention et donc dans les thérapies non médicamenteuses. L'activité physique en est un élément majeur, elle permet d'agir, d'avoir un impact sur la qualité de vie, allant parfois jusqu'à la transformer. Nous observons qu'une fois que les patients ont intégré l'activité physique et modifié leurs comportements en conséquence, c'est gagné.

C'est une culture qu'il faut insuffler. Nos patients malades chroniques témoignent avoir pensé auparavant que l'activité physique, ce n'était pas pour eux. Alors, quand le médecin leur en prescrit, ils lui font confiance. Ensuite, ils rencontrent l'éducateur, participent à des séances collectives, et « il se passe quelque chose ». Ils changent leur comportement et l'intègrent dans leur vie. Preuve en est, la majorité de ceux qui quittent le dispositif continue d'avoir des modes de déplacements actifs. En conclusion, maintenant que l'activité physique est reconnue comme un médicament de prévention et de soins des malades chroniques, l'enjeu est d'en étendre le bénéfice au plus grand nombre. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef

1. Directeur de l'Institut de Recherche bioMédicale et d'Épidémiologie du Sport (IRMES), membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Document intitulé Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. 2008-12, 295 p. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Retrouver_sa_liberte_de_mouvement.pdf

2. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, texte entré en vigueur le 1er mars 2017. JORF n° 0304 du 31 décembre 2016 texte n° 48.

3. Médicament mis sur le marché pour le traitement du diabète, détourné comme coupe-faim et qui a provoqué plusieurs centaines de morts par valvulopathies, retiré en 2009 (NDLR).

Pour en savoir plus

● 2^e Assises du sport-santé sur ordonnance, Strasbourg, 12 octobre 2017. <http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg/assises-europeennes-sport-sante-sur-ordonnance>



Promouvoir la santé mentale de la population

Dossier coordonné par Enguerrand du Roscoât, responsable de l'unité Santé mentale, direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, Santé publique France, Saint-Maurice, **avec la collaboration de Pilar Arcella-Giroux**, médecin référent en santé mentale, agence régionale de santé Île-de-France, délégation territoriale de la Seine-Saint-Denis, Bobigny.

Il est aujourd'hui reconnu que la santé mentale est une composante essentielle de la santé globale des individus. Par analogie avec la santé physique, une bonne santé mentale ne doit plus être seulement définie comme étant l'absence de troubles mentaux, mais également un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté [1]. » La santé mentale n'est donc plus limitée au seul champ de la psychiatrie ; elle engage aujourd'hui la responsabilité et l'implication d'une diversité d'acteurs et de milieux (villes, écoles, travail), ce qui nécessite l'intégration de nouvelles logiques et de nouveaux concepts (*bien-être, santé mentale positive, voir définitions ci-après dans ce dossier central*).

Cette extension de la définition de la santé mentale, promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), implique de développer désormais, en amont et en complémentarité de l'offre de soins (diagnostic, traitement), des approches préventives – par exemple

repérage, intervention – et promotrices de santé en renforçant les facteurs de protection individuels et environnementaux. C'est sur ce dernier point que nous avons mis la focale dans ce dossier central, en cohérence avec la ligne éditoriale de la revue, qui traite de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé.

Dépression : la première cause d'invalidité

D'après les projections de l'Organisation mondiale de la santé [2], en 2020, le fardeau global (mortalité + incapacités) des troubles mentaux représentera au niveau mondial 15 % de la charge de l'ensemble des maladies, et la dépression deviendra la principale cause d'invalidité. Il y a quelques années, une méta-analyse des données de la littérature internationale [3] présentait déjà le syndrome dépressif comme étant la deuxième cause d'années de vie perdues en bonne santé. Par ailleurs, le coût social et financier de la dépression serait aggravé par les nombreuses comorbidités associées (en particulier les maladies cardiaques et coronariennes) et par son impact négatif sur les habitudes de vie (par exemple usages de substances psychoactives, sédentarité, troubles du comportement alimentaire, pratiques sexuelles à risques).

Investir en amont, promouvoir la santé mentale

En France, les niveaux de prévalences des épisodes dépressifs et des conduites suicidaires, leurs retentissements sur des domaines variés (éducatif, social, culturel, familial, professionnel et sanitaire), ainsi que les coûts supportés par l'assurance maladie – deuxième poste de dépense en 2011 [4] – ont contribué à inscrire durablement la santé mentale dans les politiques gouvernementales. Deux plans du ministère de la Santé, le Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2011-2015 [5] et le Programme national d'actions contre le suicide (Pnacs) 2011-2014 [6], ont été récemment dédiés à cette thématique. En février 2014, la santé mentale a également été retenue par la ministre des Affaires sociales et de la Santé comme étant l'un des cinq domaines prioritaires de la stratégie nationale de santé.

Au regard des coûts engendrés par les pathologies mentales et d'une anticipation de la hausse des prévalences, les experts ont conclu à la nécessité d'intervenir en amont et d'investir massivement le champ de la prévention et de la promotion de la santé mentale. Pour répondre à ces enjeux, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a choisi de mettre en œuvre une politique de santé mentale pérenne et interministérielle.

Une approche globale et transversale

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a récemment confirmé la nouvelle orientation de la politique de santé mentale en installant, le 10 octobre 2016, le premier Conseil national de la santé mentale [7] présidé par le sociologue Alain Ehrenberg. Les objectifs de Mme la ministre sont de « développer une approche globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques et mieux accompagner ceux qui en souffrent », de veiller à « la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.) » et de « favoriser la complémentarité des professionnels intervenant dans le parcours de prise en charge des patients. »

Quatre axes de réflexion prioritaires ont été fixés : le bien-être des enfants et des jeunes ; la prévention

du suicide ; le suivi des personnes en situation de grande précarité et l'élaboration d'outils pour faciliter la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale inscrits dans la loi de modernisation du système de santé.

L'impact de l'environnement sur la santé mentale

Le périmètre de la santé mentale ainsi redéfini au-delà du champ de l'offre de soins – tout en l'intégrant –, il devient nécessaire de renouveler la réflexion autour des logiques et des stratégies d'intervention des politiques publiques. Il s'agira notamment de tirer les enseignements des travaux qui montrent l'impact des facteurs psychosociaux et socio-environnementaux sur l'état de santé mentale des individus.

La santé mentale s'appréhende aujourd'hui davantage comme un continuum allant d'un pôle positif (bien-être) à un pôle négatif (mal-être). Ce changement invite à considérer que la santé mentale est une ressource susceptible de s'épuiser à force d'expositions répétées à des paramètres socio-environnementaux sources de fortes tensions (stresseurs) et à agir, dans une logique de prévention et de promotion de la santé, sur la réduction de ces paramètres et sur l'augmentation de la capacité des individus et des collectivités à y faire face (p. ex. compétences psychosociales ; compétences parentales ; bien-être à l'école, au travail ; politiques de l'emploi, de la ville, du logement ; lutte contre les stigmatisations des personnes en situation de handicap psychique, des minorités sexuelles...)

Un enjeu important consistera à créer des liens avec et entre les différents partenaires, à passer à l'examen critique les concepts, les périmètres et les logiques d'action de chacun, afin de permettre une meilleure articulation ainsi qu'une appropriation du champ de la santé mentale par l'ensemble des acteurs. L'objectif sera de promouvoir, maintenir et protéger la santé mentale des populations, qu'il s'agisse du grand public ou de segments de population plus vulnérables. Ce dossier central dresse un état des connaissances et présente un certain nombre d'interventions qui vont dans le sens d'une approche globale de la santé mentale. ■

Enguerrand du Roscoät

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). *La santé mentale : renforcer notre action*. avril 2016. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Projections of mortality and burden of disease, 2004-2030*. 2010. En ligne : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2004/en/
- [3] Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E., Patten S.B., Freedman G., Murray C.J.L. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease. Study 2010. *Plos Medicine*, novembre 2013, vol. 10, n° 11, e1001547 : 12 p. En ligne : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001547&type=printable>
- [4] Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014*. [Rapport]. 11 juillet 2013 : p. 8. En ligne : <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2014/data/catalogue.pdf> (p.8)
- [5] Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé, ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Février 2012 : 41 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
- [6] Ministère de la Justice et des Libertés, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de la Solidarité et de la Cohésion sociale. *Programme national d'actions contre le suicide. 2011-2014*. Septembre 2011 : 96 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf
- [7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Marisol Touraine installe le Conseil national de la santé mentale*. 10 octobre 2016, mis à jour le 23 janvier 2017. En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/marisol-touraine-installe-le-conseil-national-de-la-sante-mentale>

La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen

Déborah Sebbane, chargée de mission, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille, chef de clinique, centre hospitalier universitaire de Lille,
Bianca De Rosario, chargée de mission, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille,
Jean-Luc Roelandt, directeur, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille.

La promotion de la santé mentale consiste à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux) plus généraux de la santé mentale. Elle vise à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions – comme la cohésion sociale – susceptibles de réduire les facteurs de risques de problèmes de santé mentale.

Cette promotion concerne aussi les personnes vivant avec une maladie mentale. En leur donnant de meilleurs outils et en renforçant leur santé mentale, les stratégies initiées peuvent contribuer à atténuer les stigmates ; à accroître l'efficacité des services de soins primaires, du traitement clinique ; à favoriser les efforts de réadaptation et de guérison dans leur ensemble.

Un état complet de bien-être

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être

physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [1].»

La santé mentale n'est donc pas seulement l'absence de troubles mentaux ou de handicaps associés. Elle doit être conçue 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 sa communauté [2]. Une bonne santé mentale correspond à la capacité d'un individu de mener une vie épanouissante pour lui et de nouer et d'entretenir des relations dans sa communauté de vie. Cette définition holistique sous-entend d'une part que la santé mentale est distincte de la maladie mentale et témoigne d'autre part de la volonté d'adopter une approche positive. La santé mentale devient donc un état de bien-être pour tous les individus et une ressource collective pour la communauté.

Le rôle essentiel des déterminants sociaux

La santé mentale est influencée non seulement par les caractéristiques individuelles (psychiques : capacité de maîtriser ses propres émotions, ses comportements et capacité d'interagir de façon positive avec les autres ; génétiques, etc.), mais aussi par les facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux [3]. Ainsi, plus l'individu est en situation précaire, moins il est riche matériellement dans sa communauté, et plus il a de risques de présenter des troubles psychiques.

Facteurs favorables et défavorables

Plus particulièrement, trois catégories de déterminants influent sur la santé mentale :

- les ressources psychiques et les comportements individuels correspondent aux aptitudes innées et acquises permettant à un individu de se prendre en charge dans sa vie quotidienne, à sa capacité de prendre part à la société, ainsi qu'à des facteurs génétiques et biologiques. Parmi les facteurs favorables se trouvent l'estime et la confiance en soi ou une bonne forme physique. Les facteurs négatifs incluent la difficulté à communiquer ou la consommation de substances psychoactives ;
- les facteurs déterminés par le contexte social et économique d'une personne : l'isolement social, la pauvreté, le chômage ou l'échec scolaire influent négativement sur la santé mentale ; à l'inverse le soutien social, de bonnes relations familiales, la sécurité économique ou la réussite professionnelle représentent des facteurs protecteurs. La capacité à se développer et à s'épanouir est fortement influencée par son environnement social immédiat (famille, amis et collègues) et par le contexte socio-économique ;
- l'environnement socioculturel et politique tel que les pratiques culturelles prédominantes et les politiques sociales et économiques mises en place au niveau national. La discrimination, les inégalités entre les sexes ou les inégalités sociales sont des exemples de déterminants préjudiciables au bien-être mental.

L'ESSENTIEL

► La promotion de la santé mentale est « un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale ; elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle ».

Elle vise toutes les personnes et les collectivités, notamment les groupes à risques, ainsi que les personnes atteintes d'un trouble psychique.

► L'entraide mutuelle entre pairs (groupes de parole, activités) figure parmi les initiatives les plus porteuses. L'habitat, l'école, le travail et la collectivité sont les milieux-clés d'action.

► Les inégalités associées au genre, à la pauvreté, à une incapacité, au chômage ou encore à l'exclusion sociale ont un impact considérable sur la santé mentale.

► La promotion de la santé mentale, acte politique, vise essentiellement les déterminants sociaux, qui dépendent majoritairement de l'action publique.



© Pierre-Jérôme Label - A.M.-E.R. com

Inégaux... devant la santé mentale

Il est donc évident que certains groupes sociaux risquent plus particulièrement d'être atteints de troubles mentaux : c'est le cas notamment des ménages vivant dans la pauvreté, des individus souffrant d'affections chroniques, des groupes minoritaires, ainsi que des personnes se trouvant dans un état de conflit et/ou déplacées en raison de guerres [4].

Les différentes catégories de déterminants interagissent et s'influencent mutuellement de façon dynamique. Une bonne santé mentale chez un individu trouvera son équilibre entre l'augmentation des facteurs de protection que sont les ressources personnelles de base, l'estime de soi, le soutien social et la diminution des facteurs de risques que sont les facteurs biologiques négatifs, le stress, les inégalités économiques.

La promotion de la santé mentale positive

Un consensus international émerge depuis quelques années sur l'importance de la santé mentale vis-à-vis de la santé globale et du développement économique, social et humain d'une population. Les travaux actuels contribuent au développement d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive et d'interventions en promotion de la santé mentale auprès de la population.

La promotion de la santé mentale est définie comme étant « un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale. Elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle. » Elle vise toutes les personnes ainsi que les groupes à risques et les personnes atteintes d'un trouble psychique. La promotion du

bien-être mental peut être considérée comme un processus de guérison conditionné par la collaboration entre les individus, les familles, les collectivités et d'autres structures sociales qui visent à soutenir et à rétablir l'équilibre et l'harmonie [5].

Distinguer la promotion de la santé mentale de la prévention et du traitement

Comme l'atteste la littérature scientifique, les stratégies qui portent sur la prévention et sur le traitement des troubles mentaux sont principalement axées sur l'individu. Cependant, une approche curative focalisée sur les seuls troubles psychiatriques s'avère vite insuffisante face aux multiples facettes de la santé mentale qui circonscrivent la santé mentale positive, telles que : l'estime de soi, les compétences sociales, la capacité de faire face à des

changements, à influencer son environnement, la capacité à contribuer à la collectivité et à entretenir un certain équilibre émotionnel [6].

Les inégalités associées au genre, à la pauvreté, à une incapacité, au chômage ou encore à l'exclusion sociale ont également un impact considérable sur la santé mentale. Les stratégies axées sur la promotion de la santé mentale ne doivent donc pas seulement être centrées sur la personne, mais sur un groupe d'individus, sur les groupes à risques ou vulnérables d'une population [7], et doivent considérer ces différents aspects. Promouvoir la santé mentale nécessite d'améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements de vie négatifs ; ainsi, cela nécessite d'augmenter les conditions, comme la cohésion sociale, qui réduisent les facteurs de risques de problèmes de santé mentale.

Estime de soi et soutien social

Les programmes et les initiatives qui intègrent de plus en plus la dimension de la santé mentale positive comprennent des composantes spécifiques telles que l'amélioration des capacités d'adaptation et de la qualité de la vie, l'augmentation de l'estime de soi et le renforcement du soutien social. Ils impliquent le développement de dynamiques participatives qui soutiennent le pouvoir d'agir des personnes et des communautés, défini comme *l'empowerment*. Ces moyens de promotion de la santé mentale positive peuvent être classés en trois niveaux d'intervention distincts : individuel, social et sociétal [8].

Ces différents niveaux influent sur la santé des individus et des collectivités ; ils contribuent à maintenir et à améliorer l'état de santé d'une population et à réduire les écarts entre les groupes et les sous-groupes au sein de celle-ci [7]. Ils intègrent les actions et les stratégies considérées comme essentielles, par la *Charte d'Ottawa*, à l'évolution de la promotion de la santé : élaborer des politiques publiques favorables à la santé, créer des environnements de soutien favorables à la santé, développer les aptitudes individuelles et réorienter les services de santé [9].

Promotion de la santé mentale : à l'échelle individuelle...

Les efforts peuvent être axés sur le développement de la résilience [8], des compétences et des forces personnelles. Le développement personnel et social est favorisé grâce à l'information, la formation et l'amélioration des aptitudes à la vie quotidienne [6]. Les personnes peuvent se livrer à un travail d'introspection pour évaluer leur satisfaction à l'égard de la vie et leur sentiment de bien-être émotionnel et spirituel. Elles peuvent également s'intéresser à la façon dont elles font face aux difficultés de la vie et recourir à des stratégies actives doublées d'objectifs concrets, tels que reconsidérer les pensées négatives sous un angle positif [10], s'engager dans un travail d'écriture sur celles-ci [11], chercher du soutien auprès des autres [12] ou consacrer du temps à des causes qui leur sont chères [13]. L'empathie, les aptitudes à communiquer, l'auto-efficacité, le sentiment d'identité, la maîtrise d'une tâche, la résolution de problèmes et le sens donné à sa vie font notamment partie des compétences favorables à la santé mentale, pouvant faire l'objet de programmes connexes [5].

...Et de l'environnement social

Les travaux de recherche indiquent que le renforcement tant de l'autonomie que du sentiment d'appartenance et de responsabilité sociale des membres d'une collectivité favorise la promotion de la santé mentale [6, 8]. L'efficacité des programmes – qui tiennent compte des besoins locaux respectant le courant culturel du groupe et suscitant la participation de ses membres ou qui prennent en considération les inégalités en termes de prévalence des problèmes de santé mentale et de l'accès aux services de santé mentale – est désormais admise [14].

Aussi, les ressources sociales – dont les services disponibles dans la communauté – et les interactions entre pairs ou membres de la famille constituent des déterminants favorables. L'entraide mutuelle entre pairs, sous la forme de groupes de parole ou d'activités, de loisirs figure parmi les initiatives les plus porteuses : elle développe le réseau social, renforce l'espoir et le pouvoir

d'agir. Le soutien de la famille et des amis, au sein de relations constructives et pendant les événements majeurs de la vie, est l'une des façons d'accroître le sentiment d'appartenance sociale et d'interrelation [12]. Les personnes qui ressentent un fort sentiment d'appartenance à la collectivité sont plus susceptibles de se déclarer en très bonne ou en excellente santé mentale [15]. Plus spécifiquement, chez les adolescents, le sentiment d'appartenance à l'école est associé à une santé mentale et physique positive [16].

De la santé mentale au travail à la démarche communautaire

Les facteurs associés à une santé mentale positive au travail comprennent notamment : la qualité des relations de travail, le soutien interpersonnel et la confiance en la gestion ; l'équilibre entre l'autonomie et les exigences du travail ou le degré de latitude décisionnelle ; la disponibilité des ressources adéquates pour exécuter les tâches [17] ; un environnement sain et sécuritaire ; des pratiques favorables à la famille ; un travail intéressant, varié [16] et exigeant des compétences.

Les organismes communautaires peuvent également promouvoir la santé mentale en sensibilisant davantage le public, en participant au dialogue, en informant sur les initiatives collectives et individuelles, en prenant part à des activités de défense des droits, en facilitant l'accès aux services, en offrant des formations axées sur les compétences et en favorisant la croissance personnelle.

La promotion de la santé mentale positive à l'échelle sociétale

L'accent peut être mis sur l'élaboration de politiques publiques qui favorisent la santé et la création de milieux favorables à la santé mentale. Des auteurs du rapport *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* de l'OMS suggèrent pour les politiques de promotion de la santé mentale les deux axes majeurs d'intervention suivants : prendre en compte les facteurs sociaux, écologiques, économiques, politiques et culturels généraux, ayant un effet indirect sur l'amélioration de la santé

mentale – comme l’emploi, le logement, la formation... – [8] ; créer des milieux de soutien.

Ces politiques ont une incidence directe sur l’amélioration de la santé mentale, elles peuvent traiter des programmes éducatifs, des services d’appui aux parents, de la gestion du stress en milieu de travail, des programmes scolaires de médiation entre pairs, des établissements consacrés au bien-être des personnes âgées, des centres de santé communautaires, de la promotion de la sensibilisation aux questions culturelles ou encore des campagnes et des stratégies sur la promotion de la santé mentale.

Elles soulignent que – outre la personne elle-même et la famille – l’habitat, l’école, le travail et la collectivité/société sont des milieux-clés d’action pour la promotion de la santé mentale [6].

Promouvoir la santé mentale : un acte politique

En conclusion, grâce à des stratégies axées sur les déterminants écologiques, économiques, politiques et sociaux de la santé, la promotion de la santé mentale contribue à créer un milieu qui respecte les différences. Elle doit être incluse dans la recherche, la pratique, l’éducation et les politiques.

La promotion de la santé mentale est donc un acte politique, car elle vise essentiellement les déterminants sociaux, lesquels dépendent quasiment tous de l’action publique. D’où l’intérêt, en France, des conseils locaux de santé mentale qui réunissent, sous l’impulsion du maire et des professionnels de la psychiatrie publique, toutes les parties prenantes pour tenter d’agir collectivement, à un niveau local, sur les déterminants sociaux. Chaque fois que les collectivités se sont emparées de la question de la promotion de la santé mentale dans une vision communautaire, l’autonomisation, les possibilités de se rétablir et la citoyenneté ont progressé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation mondiale de la santé. Préambule à la *Constitution de l’Organisation mondiale de la santé*, tel qu’adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946. En ligne : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-fr.pdf>

[2] Herrman H. *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. [Rapport] University of Melbourne : Organisation mondiale de la santé, 2005 : 70 p. En ligne : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

[3] Allen J., Balfour R., Bell R., Marmot M. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, août 2014, vol. 26, n° 4 : p. 392-407.

[4] Organisation mondiale de la santé. *Les Risques pour la santé mentale: Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risques*. Genève, 2012.

[5] Kirmayer L., Simpson C., Cargo M. Healing Traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian aboriginal peoples. *Australian Psychiatry*, 2003, vol. 11, supplément : p. S15-S23. En ligne : <http://www.ncwcanada.com/ncwc2/wp-content/uploads/2014/03/Statement-Kirmayer-Healing-Traditions.pdf>

[6] Jané-Llopis E., Barry M., Hosman C., Patel V. Mental health promotion works: a review. *IUHPE, Promotion & Education*, 2005, vol. 13, supplément 2 : p. 9-25. En ligne : <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823050120020103x>

[7] Joubert N., Raeburn J. Mental Health Promotion: people, power and passion. *International Journal of*

Mental Health Promotion, sept. 1998 : p. 16. En ligne : <http://drnatachajoubert.com/documents/Peoplepowerandpassion.pdf>

[8] Lahtinen E. Strategies for promoting the mental health of populations. In: *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. 2005. p. 226-242.

[9] Organisation mondiale de la santé. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: First International Conference for Health Promotion, 21 novembre 1986. En ligne : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

[10] Folkman S., Moskowitz J.T. Stress, positive emotion, and coping. *American Psychological Society*, 2000, vol. 9, n° 4 : p. 115-118. En ligne : <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/1467-8721.00073>

[11] Burton C.M., King L.A. The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, avril 2004, vol. 38, n° 2 : p. 150-163.

[12] Compas B.E., Connor-Smith J.K., Sattzman H., Harding Thomsen A., Wadsworth M.E. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 2001, vol. 127, n° 1 : p. 87-127. En ligne : <http://vk.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/05/Compas-et-al.-Psychological-Bulletin-2001.pdf>

[13] Lyubomirsky S., Sheldon K.M., Schkade D. Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 2005, vol. 9,

n° 2 : p. 111-131. En ligne : <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/LSS2005.pdf>

[14] Stephens T., Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 2001, vol. 22, n° 1 : p. 18-23.

[15] Shields M. Community belonging and self-perceived health. *Health Reports*, juin 2008, vol. 19, n° 2 : p. 1-9. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10552-eng.pdf>

[16] Helliwell J.F., Huang H. How’s the job? Well-being and social capital in the workplace [document de travail n° 11759]. *Novembre 2005*: 41 p. En ligne : <http://www.nber.org/papers/w11759.pdf>

[17] Lowe G., Schellenberg G. What’s a Good Job? The Importance of Employment Relationships [étude n° W/05]. *Canadian Policy Research Networks*, 2001 : 112 p. En ligne : <http://www.cprn.org/documents/ACFcsZN45.PDF>

« L'action publique en santé mentale doit être conçue et pratiquée en termes d'investissement social »

Alain Ehrenberg, sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS, président du Conseil national de la santé mentale.

« **M**ême la ministre des Affaires sociales et de la Santé a rappelé que la santé mentale est une priorité de santé publique et a souligné "la nécessité d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne avec un pilotage à long terme".

Aider à clarifier ce que doit être ce pilotage me semble la raison de la création du Conseil national de la santé mentale.

Je remercie Mme la ministre de m'avoir confié la responsabilité d'en prendre la présidence et, pour dire les choses moins personnellement, de faire confiance à travers ce choix à la sociologie et aux sciences sociales. Je voudrais vous faire part, en tant que sociologue, des raisons pour lesquelles un tel Conseil me semble une nécessité. Elles tiennent à deux choses : la nature même des problèmes de santé dite mentale et les transformations de l'esprit du soin au cours de ces dernières décennies.

Une nouvelle morbidité qui relève de la vie sociale

Les pathologies mentales sont des pathologies comme les autres, certes. Mais elles ont la spécificité d'être, pour reprendre la définition de Dr Henri Ey, un des maîtres de la psychiatrie française de l'après-guerre, des "maladies des idées et de la vie de relations". Or la situation sanitaire, sociale et politique des pathologies des idées et de la vie de relations s'est

profondément modifiée depuis une quarantaine d'années, sous le coup d'une double dynamique : le virage vers l'ambulatoire et l'élargissement considérable du spectre des pathologies. Une nouvelle morbidité, qui ne relève plus seulement du domaine particulier de la vie mentale, mais de celui, général, de la vie sociale, s'est progressivement constituée comme un enjeu majeur dans le travail, l'éducation et la famille. Les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique, ils relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'ils traversent de part en part. Nous savons bien qu'en psychiatrie l'expression "santé mentale" ne fait pas consensus, mais quel que soit le jugement que l'on porte sur cette situation et l'interprétation sociopolitique que l'on peut en faire, c'est là un fait social.

Cette situation a une conséquence très concrète : l'étendue et l'hétérogénéité des problèmes traités sont sans commune mesure avec celles des autres domaines de la médecine.

Santé mentale, condition de la bonne socialisation de chacun

En effet, la santé mentale fait partie de la santé, mais également de la socialité : dans ce domaine, il est non seulement question de maladies à soigner, mais aussi de maux dans lesquels les relations sociales sont en cause d'une manière ou d'une autre (pensez à la souffrance au travail). Nombre d'entités psychopathologiques sont

L'ESSENTIEL

▣
 ▶ La France est désormais dotée d'un Conseil national de la santé mentale. Cette instance est présidée par Alain Ehrenberg, sociologue, directeur de recherche émérite au Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Voici (ci-contre) le texte du discours qu'il a prononcé lors de l'installation de ce Conseil, le 10 octobre 2016, par Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé.

▶ Le chercheur y souligne que les questions de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique, mais qu'elles relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'elles « traversent de part en part. »

▶ En d'autres termes, la santé mentale est un fait social, elle fait partie de la santé et également de la socialité. Il est non seulement question de maladies à soigner, mais aussi de maux dans lesquels les relations sociales sont en cause d'une manière ou d'une autre ; ainsi en est-il par exemple de la souffrance au travail.

▶ La souffrance psychique était une raison de se soigner, elle est devenue en plus une raison d'agir sur des relations sociales perturbées.

▶ Pour Alain Ehrenberg, l'action publique aujourd'hui, qu'il s'agisse de santé mentale ou de lutte contre les inégalités et la pauvreté, est un investissement social, dans la mesure où cette action « ne consiste pas seulement en effet à compenser les dégâts, mais à réduire des risques futurs. »



© Pierre-Jérôme Jéhel - A-M-E-R.com

devenues aujourd'hui des questions sociales, tandis qu'un nombre sans cesse croissant de questions sociales sont appréhendées au prisme des catégories et entités psychopathologiques. C'est pourquoi ces entités sont devenues matières à débats à la fois moraux et politiques : dernier en date, l'état mental des terroristes. Mais le thème mille fois décliné du "malaise dans la société" est l'indice incontestable d'un changement de signification de la souffrance psychique : elle était une raison de se soigner, elle est devenue en plus une raison d'agir sur des relations sociales perturbées. On l'observe encore sous un autre aspect à travers le vocabulaire omniprésent des compétences émotionnelle, relationnelle ou de savoir-être : la santé mentale apparaît comme la condition de la bonne socialisation de chacun. Tout cela constitue une nouvelle donne.

Parallèlement, nous avons assisté à une inflexion générale des idées et des valeurs en matière de prises en charge, traitements et accompagnements. Ce changement, qualifions-le

de changement dans l'esprit du soin. Il est devenu éclatant avec la montée en puissance des problématiques capacitaires, tout particulièrement celles portées par la réhabilitation et le rétablissement. Leur but central est de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et durables de surmonter leur handicap psychique et de développer leurs capacités le plus largement possible. Avec ce changement, les métiers et les pratiques ont connu des recompositions parfois dramatiques et suscité toutes sortes de tensions et de frustrations. Les enjeux des capacités et des métiers, qui intéressent tous les acteurs, sont peut-être un des thèmes sur lesquels le Conseil devra apporter une clarification.

Nouvel esprit du soin et sens de l'action publique

Face à ce nouvel esprit du soin, comme devant tant d'autres sujets, la société française semble très divisée (pensons aux multiples "guerres des psy"), et le sens de l'action publique n'apparaît pas clairement. Derrière chaque réforme, on soupçonne souvent des visées de

restriction budgétaire et l'adaptation aux contraintes – "on" n'a pas toujours tort, évidemment. On soupçonne aussi l'État de vouloir, par nature, instrumentaliser professionnels et catégories savantes pour rendre les populations "difficiles" mieux gérables – "on" ne saurait faire comme si c'était une chimère.

La conséquence est que les citoyens, dont une bonne partie des acteurs de la santé mentale, ont quelque difficulté à se représenter et à comprendre le sens et les finalités de l'action publique.

C'est pourquoi il est essentiel pour notre Conseil de se donner les moyens intellectuels de répondre à des questions comme : quelles sont les finalités d'une politique de santé mentale ? Comment les articuler ? Dans quels cas faut-il mieux adopter des mesures ciblées et dans quels cas des mesures générales ? Ce sont là des questions récurrentes et centrales dans la conduite politique du changement, et qui se posent évidemment pour le Conseil. L'action publique aujourd'hui, qu'il s'agisse de santé mentale ou de lutte contre les inégalités et la pauvreté,

ne consiste pas seulement en effet à compenser les dégâts, mais aussi à réduire des risques futurs. Elle doit donc être conçue et pratiquée en termes d'investissement social. À la lumière de cette idée d'investissement social, des sujets apparemment aussi disparates que la recherche scientifique en psychiatrie, l'offre de soins sur le territoire national et les mutations à prévoir des métiers de la santé mentale prennent toute leur cohérence. Ces questions n'appellent pas de réponses toutes faites, mais s'y confronter avec sérieux est la condition pour rendre lisible l'action publique.

Réunir l'ensemble des acteurs et alimenter la réflexion

Face à l'ampleur de ces changements, l'initiative de Mme la ministre des Affaires sociales et de la Santé de créer un Conseil national de la santé mentale réunissant l'ensemble des acteurs pour alimenter la réflexion des pouvoirs publics est à saluer. C'est

là un cadre adéquat de réflexion pour l'action, parce que tous les acteurs sont représentés, qu'on peut donc débattre de tous les sujets, à condition bien entendu de les documenter. Il revient aux acteurs – à vous, à nous – de s'en emparer.

La mission qui nous est confiée est de faciliter la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la loi, de donner des avis sur les sujets dont nous serons saisis ou dont nous nous saisirons, et également d'alimenter la réflexion des pouvoirs publics à moyen et long termes. Dans nos travaux, il nous faudra donc à la fois répondre aux demandes de court terme en donnant notre avis argumenté et nous donner les moyens d'une réflexion stratégique et prospective.

Pour que notre Conseil serve l'intérêt général, il est décisif que nous puissions avoir des débats de qualité. J'y trouve une première exigence : clarifier les désaccords en faisant en sorte que chacun puisse pleinement livrer les raisons de ses positions et

de ses oppositions. Des débats de qualité exigent également d'avoir la connaissance la plus précise possible des réalités. Un de ses fils rouges est certainement la recherche conçue dans une perspective de favoriser une culture partagée par les acteurs, une perspective où il s'agit de se rendre compte de ce qu'il se passe, et dans une ouverture à l'international pour mettre en perspective les débats français, mais aussi pour dialoguer avec nos collègues allemands, britanniques, etc., en vue d'en tirer les conséquences pour l'action. » ■

Les titres et intertitres sont de la rédaction. Intervention accessible en ligne : http://www.onpe.gouv.fr/system/files/base_documentaire/cnsm_discours.pdf

CONSEIL NATIONAL DE LA SANTÉ MENTALE : CROISER LES COMPÉTENCES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a installé, le 10 octobre 2016, le Conseil national de la santé mentale. L'objectif principal de cette instance, qui rassemble les principaux acteurs impliqués dans ce champ, est de développer une approche globale et transversale des enjeux de la santé mentale, pour mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques et mieux accompagner ceux qui en souffrent.

Présidé par Alain Ehrenberg, sociologue, chercheur au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), le Conseil national de la santé mentale veillera à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.). Il favorisera la complémentarité des professionnels intervenant dans le parcours de prise en charge des patients. Quatre axes de réflexion prioritaires ont été fixés par la ministre :

- le bien-être des enfants et des jeunes ;
- la prévention du suicide ;

- le suivi des personnes en situation de grande précarité ;
- l'élaboration d'outils pour faciliter la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Les travaux du Conseil national de la santé mentale s'articuleront avec ceux des instances déjà existantes, notamment l'Observatoire national du suicide, le Comité de pilotage du handicap psychique, le Comité de suivi du plan autisme, ou bien encore le Comité de pilotage dédié à la psychiatrie. Ce dernier a été mis en place sous la présidence du Dr Yvan Halimi, pour répondre aux besoins spécifiques du secteur ; il s'est réuni pour la première fois le 13 janvier 2017.

La ministre a rappelé, à cette occasion, les ambitions du gouvernement concernant la santé mentale et les avancées importantes permises par la loi de modernisation de notre système de santé, qu'il s'agisse des projets territoriaux de santé mentale, des

communautés psychiatriques de territoires ou encore du dispositif d'orientation permanent. « Cette collaboration entre des acteurs de différents horizons est indispensable pour progresser en matière de santé mentale. Ce sont des enjeux transversaux particulièrement complexes. Avec le Conseil national de la santé mentale, nous regroupons nos compétences, nous unissons nos forces, pour améliorer les réponses aux besoins de la population, au cœur des territoires, et garantir à tous les patients des parcours de soins, de réhabilitation et d'accompagnement sans rupture », a déclaré Marisol Touraine.

Source : ministère des Affaires sociales et de la Santé, communiqué de presse. Lien : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_10_10_-_cp_installation_du_conseil_national_de_la_sante_mentale.pdf

Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive

Rebecca Shankland,

psychologue,
maître de conférences,
responsable du diplôme universitaire
de psychologie positive,
université Grenoble-Alpes,

Martin Benny,

professeur de psychologie,
Collège d'enseignement général
et professionnel (Cegep) Montmorency,
Laval, Québec (Canada),

Nicolas Bressoud,

enseignant spécialisé,
diplômé en psychologie positive,
université Grenoble-Alpes,
Haute École pédagogique du Valais (Suisse).

Le champ de la promotion de la santé mentale est en plein développement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer leur santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci. Il s'agit de prendre en compte la question de la vulnérabilité, tout en focalisant l'attention sur les moyens d'aider l'individu à s'appuyer sur les ressources existantes. La psychologie positive étant particulièrement concernée par l'étude de la résilience et des facteurs protecteurs du fonctionnement humain, elle apparaît comme étant à même d'offrir de nouvelles pistes de promotion de la santé scientifiquement validées.

Loin d'être une idéologie du bonheur, la psychologie positive peut-être définie comme l'étude des conditions et des processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et

des institutions [1]. À l'orée d'un nouveau millénaire, Martin Seligman, alors président de l'Association américaine de psychologie (*American Psychological Association*), insistait sur le fait qu'il était temps d'acquérir des connaissances rigoureuses sur la résilience, la prévention, les « forces de caractère » et l'épanouissement humain [2, 3]. Depuis cette date, on observe une augmentation marquée des publications scientifiques portant sur ces dimensions liées aux facteurs de promotion de la santé mentale [4]. À titre d'exemple, pour l'année 1990-1991, on dénombrait environ 100 publications sur la résilience, alors qu'on en comptait près de 1 600 pour l'année 2008-2009 [5]. Concernant l'étude des forces de caractère, on est passé d'environ 100 publications à 800 publications pour les mêmes années. La psychologie positive demeure un champ très jeune, mais qui affiche un dynamisme certain. De nombreuses associations, congrès et publications sont consacrés chaque année à l'avancement des pratiques et des connaissances qui pourraient alimenter ou inspirer le domaine de la promotion de la santé. Cet article présente quelques contributions possibles.

Leviers d'intervention de promotion de la santé mentale

Le champ de la psychologie positive étant très vaste, nous avons sélectionné trois déterminants du bien-être qui constituent des leviers d'intervention de promotion de la santé mentale efficaces : l'orientation de l'attention vers les aspects positifs ou satisfaisants du quotidien, les compétences

L'ESSENTIEL

La santé mentale positive se mesure à l'aune de trois composantes : le bien-être émotionnel, le fonctionnement psychologique et le fonctionnement social de l'individu.

Les recherches démontrent l'efficacité des interventions relevant de la psychologie positive. Ces interventions développent les facteurs protecteurs des individus et ont donc un impact favorable sur leur santé mentale, en réduisant également l'anxiété et les symptômes dépressifs.

Le maintien du bien-être d'un individu dépend de la réponse à trois besoins psychologiques fondamentaux : se sentir autonome et, ainsi, à l'origine de ses choix et de ses actions ; se sentir compétent ; avoir un sentiment d'appartenance et de lien à la société.

émotionnelles et les besoins psychologiques fondamentaux. Ces leviers favorisent la santé mentale positive (voir encadré page 18) ainsi que la flexibilité psychologique, c'est-à-dire qu'ils augmentent la capacité à agir de façon variée et adaptée face aux événements rencontrés [6, 7].

Orientation de l'attention vers des aspects positifs

Parmi les interventions phares de la psychologie positive, on compte notamment les pratiques ayant pour objet d'aider les individus à réorienter l'attention vers les aspects positifs ou satisfaisants de leur quotidien. Il s'agit par exemple de proposer aux personnes

de noter chaque soir jusqu'à cinq faits, événements ou personnes pour lesquels elles éprouvent de la reconnaissance. Au-delà des bienfaits immédiats de cette pratique (augmentation des émotions positives et de la satisfaction par rapport à la vie ; amélioration de la qualité du sommeil ; diminution du stress, des symptômes anxieux et dépressifs), celle-ci favorise par la suite une réorientation de l'attention vers les aspects positifs ou satisfaisants de la vie. Cette méthode vient contrecarrer notre tendance à percevoir en priorité les aspects négatifs et menaçants des situations (tendance que l'on appelle le biais de négativité) et permet de porter un regard nouveau sur les aspects positifs de notre vie, qui ont tendance à passer inaperçus. Par exemple, le fait qu'une personne vous tienne la porte, le fait qu'un collègue vous salue chaleureusement le matin ou encore le fait que votre conjoint vous attende le soir pour manger.

Dans une étude [8] financée par Santé publique France, nous avons démontré l'efficacité d'une pratique

permettant d'orienter l'attention vers les aspects positifs et satisfaisants du quotidien. Il s'agit d'une pratique appelée « journal d'attention » ou « journal de gratitude », qui consiste à noter chaque jour jusqu'à trois ou cinq faits, gestes, événements positifs que l'on a remarqués. On peut ajouter à cette consigne le fait d'éprouver de la gratitude pour ce qui nous est arrivé : « Aujourd'hui, j'ai de la chance, parce que... et j'ai envie de dire merci à... » Nous avons proposé cette pratique à des enfants d'école primaire en la comparant avec une pratique considérée comme étant neutre (noter trois couleurs, trois pays...). Comparativement au groupe neutre, les enfants qui réalisaient un journal de gratitude ont rapporté une humeur plus positive : ils se disaient plus contents, et ressentaient une plus grande vitalité : ils se sentaient moins fatigués. Dans certaines classes, à la demande de l'enseignant, tous les enfants ont pratiqué les exercices de gratitude. À la suite de cela, les enfants et les enseignants ont rapporté ressentir beaucoup de satisfaction, et plusieurs classes ont souhaité poursuivre les exercices au-delà des deux semaines proposées par la recherche.

Pleine conscience et compétences émotionnelles

Mikolajczak et ses collègues [9] relèvent cinq catégories de compétences émotionnelles : l'identification de ses émotions et de celles d'autrui ; la compréhension, l'expression et la régulation de celles-ci ; et enfin, l'utilisation de ses émotions et de celles d'autrui dans le but de mieux s'adapter aux situations. Il existe différents types d'interventions favorisant le développement des compétences émotionnelles – qui font partie des compétences psychosociales telles que définies par l'OMS –, en particulier des interventions visant à mieux identifier ses émotions (ateliers proposés dans les établissements scolaires dès la maternelle) et des interventions visant une meilleure régulation des émotions, notamment par une meilleure acceptation de celles-ci. Plutôt que de chercher à lutter contre les émotions, il est proposé un entraînement à une meilleure connaissance et à une plus grande tolérance face aux différentes

émotions. Cela se fait notamment par le biais de pratiques de pleine conscience.

Selon la définition proposée par le Dr Jon Kabat-Zinn [10], la pleine conscience (*mindfulness*) consiste à prêter attention, d'une façon intentionnelle, à l'expérience qui se déroule dans l'instant, en essayant de laisser de côté notre propension à juger l'expérience comme étant bonne ou mauvaise. Un nombre croissant de recherches portent aujourd'hui sur les effets des pratiques de pleine conscience, qui ont été essentiellement diffusées par le biais de programmes standardisés et validés, tels que le *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) de Jon Kabat-Zinn. Ces programmes comportent des aspects psychoéducatifs de même que des pratiques de méditation inspirées du bouddhisme, mais laïcisées et adaptées à la culture occidentale. Ce type de pratiques permet de cultiver la conscience corporelle et émotionnelle, l'attention, la concentration et l'acceptation. Des études ont montré que l'efficacité de ces pratiques s'expliquait en partie par le fait qu'elles réduisent les ruminations mentales et calment l'agitation émotionnelle [11]. Elles préparent ainsi un environnement intérieur propice à la flexibilité psychologique.

Récemment, de nouvelles formes d'interventions ont été proposées pour développer la présence attentive au sein d'activités quotidiennes (par exemple en marchant, en mangeant, en faisant la vaisselle, sous la douche, dans les transports en commun, etc.) Ainsi, même ceux qui ne pratiquent pas la méditation plus formelle (méditation assis en tailleur par exemple) disposent de moyens efficaces pour favoriser différentes facettes de la présence attentive, telles que l'observation attentive, l'acceptation, le non-jugement et la non-réactivité [12].

Les besoins psychologiques fondamentaux

De nombreuses recherches menées auprès de jeunes et d'adultes ont permis d'identifier le rôle de besoins psychologiques fondamentaux dans le maintien du bien-être [13].

- Le premier besoin concerne l'autonomie : la personne se sent à l'origine de ses choix et actions ;

LA SANTÉ MENTALE POSITIVE

Les recherches de Keyes¹ permettent aujourd'hui de mesurer la santé mentale positive à partir de trois composantes :

- le bien-être émotionnel : humeur positive, satisfaction ;
- le fonctionnement psychologique : acceptation de soi, accomplissement personnel, sens donné à la vie, compétence, autodétermination, relations satisfaisantes avec les autres ;
- le fonctionnement social de l'individu : acceptation sociale, contribution sociale, cohérence sociale, intégration sociale.

La mesure de la santé mentale positive permet de se représenter l'état global de santé des individus en prenant en compte la présence ou l'absence de troubles mentaux, ainsi que l'épanouissement psychosocial.

1. C.L.M. Keyes. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 2007, février-mars, vol. 62, no 2: p.95-108. En ligne: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/380.pdf>

- le second est le sentiment de compétence : la personne se sent compétente dans des domaines de sa vie ;
- et le troisième est le besoin de proximité sociale : sentiment d'appartenance et de lien social.

En contexte professionnel, des recherches ont mis en évidence que lorsque ces trois besoins sont satisfaits, les employés rapportent avoir une meilleure estime d'eux-mêmes, ressentir une plus grande satisfaction au travail et une meilleure santé psychologique, indépendamment de leurs revenus et de leurs statuts [14]. Dans le cadre scolaire, la prise en compte par exemple du besoin psychologique de proximité sociale chez les enfants a des effets positifs sur la qualité des relations (coopération entre pairs, relation entre l'enseignant et l'élève) et sur l'engagement au travail. Cela influence favorablement les résultats scolaires [15].

Pour une promotion de la santé fondée sur des preuves scientifiques d'efficacité

Si la promotion de la santé s'est développée au départ en étant peu outillée, elle a beaucoup progressé grâce aux interventions fondées sur des preuves scientifiques d'efficacité. L'important développement du champ de la psychologie positive et notamment des interventions en psychologie positive offre un large panel de théories et de pratiques pouvant s'insérer dans le champ de la promotion de la santé. Le développement d'une santé mentale positive grâce aux outils de la psychologie positive apparaît comme une piste utile au vu des résultats des recherches montrant l'efficacité des interventions sur les facteurs protecteurs de même qu'une réduction des symptômes anxieux et dépressifs [16]. ■

1. Les forces de caractère constituent des traits de personnalité communément valorisés à travers les cultures, qui favorisent le fonctionnement optimal d'un individu. Une classification réalisée par Peterson et Seligman (2004) dénombre 24 forces distinctes, dont l'autorégulation, la curiosité ou encore la gratitude. Ce qui caractérise la « signature de caractère » d'un individu, ce sont les forces présentes spontanément, la haute performance (rapidité de l'apprentissage, facilité d'usage, favorisant la réussite) de ces forces et le faible coût en termes d'énergie que cela nécessite pour l'individu.

Pour en savoir plus

- Benny M. La santé psychologique, le bien-être et le bonheur (ch. 3). In : Benny M., Huot A., Lalonde J.-A., Landry-Cuerrier J., Marinier L., Sergerie M.-A. *Santé mentale et psychopathologie: Une approche biopsychosociale*. Montréal : Modulo, 2^e édition, 2016.
- Shankland R. *Les Pouvoirs de la gratitude*. Paris : Odile Jacob, coll. Les Carnets de vie, 2016 : 176 p.
- Shankland R. *La Psychologie positive*. Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2^e édition, 2014 : 264 p.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gable S.L., Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, juin 2005, vol. 9, no 2 : p. 103-110. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/228341568_What_and_Why_Is_Positive_Psychology
- [2] Seligman M.E.P. The President's Address (1998, APA Annual Report). *American Psychologist*, 1999, no 54 : p. 559-562.
- [3] Seligman M.E.P. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In : Snyder C. R., Lopez S.J. (Éds.). *Handbook of Positive Psychology*. New York : Oxford University Press, 2002 : p. 3-9.
- [4] Rusk R.D., Waters L.E. Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. *Journal of Positive Psychology*, 2013, vol. 8, no 3 : p. 207-221.
- [5] Hart K.E., Sasso T. Mapping the contours of contemporary positive psychology. *Canadian Psychology*, mai 2011, vol. 52, no 2 : p. 82-92.
- [6] Peillod-Bock L., Shankland R. *Manager en pleine conscience*. Paris : Dunod, coll. Management/Leadership, 2016 : 272 p.
- [7] Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, janvier 2006, vol. 44, no 1, p. 1-25.
- [8] Shankland R., Rosset E. *Positive Emotions in Youth Research*. Rapport de recherche pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Grenoble : université Grenoble-Alpes, 2015.
- [9] Mikolajczak M., Quoidbach J., Kotsou I., Nelis D. *Les Compétences émotionnelles*. Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2014 : 336 p.
- [10] Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are*. New York : Hyperion, 1994.
- [11] Garland E.L., Farb N.A., Goldin P.R., Fredrickson B.L. Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, octobre 2015, vol. 26, no 4 : p. 293-314. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826727/pdf/nihms743396.pdf>
- [12] Voir par exemple le programme FOVEA, Shankland R., Strub L., Tessier D., Pellissier S., Gauchet A., Trousselard M. *et al. Improving Mental Health through Integrated Mindfulness Practices*. Second International Conference on Mindfulness, Sapienza University of Rome, Italy, mai 2016.
- [13] Ryan R., Deci E. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*,

- janvier 2000, vol. 55, no 1 : p. 68-78. En ligne : https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf
- [14] Laguardia J.-G., Ryan R.-M. Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 2000, vol. 21, no 2 : p. 281-304. En ligne : <http://docplayer.fr/92550-Buts-personnels-besoins-psychologiques-fondamentaux-et-bien-etre-theorie-de-l-autodetermination-et-applications.html>
- [15] Kiuru N., Aunola K., Lerkkanen M.-K., Pakarinen E., Poskiparta E., Ahonen T. *et al.* Positive teacher and peer relations combine to predict primary school students' academic skill development. *Developmental Psychology*, 2015, vol. 51, no 4, p. 434-446. En ligne : <http://doi.org/10.1037/a0038911>
- [16] Emmons R.A., McCullough, M.E. Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, vol. 84, no 2 : p. 377-389. En ligne : <http://greatergood.berkeley.edu/pdfs/GratitudePDFs/6Emmons-BlessingsBurdens.pdf>

« Agir sur les déterminants de santé en associant les habitants »

Entretien avec Michel Laforcade,

directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, auteur du *Rapport relatif à la santé mentale*¹

La Santé en action : **Quel est le bon échelon pour promouvoir la santé mentale ?**

Michel Laforcade : La promotion de la santé mentale doit s'inscrire à l'échelle d'un territoire pertinent porteur d'une double cohérence. La population doit pouvoir se reconnaître dans cet espace rassemblant des caractéristiques communes d'un point de vue socio-démographique, économique, environnemental, voire culturel. De même, ce territoire doit être fédérateur pour les acteurs mobilisables dans le cadre des projets à déployer. Au regard des expériences menées, l'action sur les

déterminants de santé prend tout son sens à une échelle infra-départementale et intercommunale sur des périmètres tels que ceux des contrats locaux de santé et/ou des conseils locaux de santé mentale.

S. A. : **Que peuvent faire les territoires pour contribuer à une santé mentale positive de la population ?**

M. L. : Par l'impact d'un ensemble de politiques publiques mises en œuvre, les territoires influent

sur l'environnement physique et sur les milieux de vie des populations. La transformation de l'aménagement urbain, la mobilité organisée qui modifie les conditions de vie, la modification de l'environnement social sont autant de déterminants agissant sur la santé mentale des populations. Investir sur des espaces favorisant la cohésion sociale, la médiation, le bien-être et le bien-vivre ensemble en intégrant les personnes ayant des troubles psychiques, tout comme renforcer les compétences psycho-sociales des populations et le soutien à la parentalité, constituent des démarches positives.

La création des maisons de santé, les dispositifs favorisant la coordination des acteurs intervenant de manière décloisonnée sur les territoires de proximité participent également de la facilitation du parcours de soins et de vie des habitants et à la promotion du bien-être mental.

S. A. : **Quelles conditions doivent être réunies ?**

M. L. : Une stratégie territorialisée en matière de promotion de la santé doit d'abord être partagée avec l'ensemble des acteurs locaux et en premier lieu desquels les personnes concernées. La participation des habitants à cette réflexion est une condition essentielle à la qualité de la démarche, permettant de travailler sur l'expression des besoins par les personnes elles-mêmes, au-delà des données recueillies. Aux côtés des citoyens et des acteurs de santé de premier et deuxième recours, les différentes institutions mobilisables sur ces questions – Éducation nationale, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie... – doivent être associées de façon large à la démarche.

La stratégie doit également s'appuyer sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble de ces acteurs, permettant de rendre lisibles les points de fragilité repérés, les ressources déjà existantes sur le territoire et les leviers plus efficacement mobilisables dans un cadre coordonné. Cet état des lieux préalable permet une interconnaissance des acteurs, des échanges sur les représentations de chacun en matière de santé mentale ; il favorise également la création d'un socle commun. La réunion de deux volontés est une des clés de la réussite de ces démarches : il s'agit en effet à la fois de réfléchir de façon décloisonnée à la santé mentale et d'agir sur les déterminants de santé en proximité en associant les habitants.

S. A. : **De quels types d'innovations de terrain convient-il de s'inspirer ?**

M. L. : De multiples initiatives sont effectivement développées partout en France, qui restent méconnues au-delà du territoire dans lequel elles s'inscrivent. Dans les écoles de Haute-Vienne, des actions de promotion des compétences psychosociales de la population sont menées dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville ; elles associent les acteurs locaux, les parents et les enfants. On peut également citer les cellules de résolution des situations complexes qui se mettent en place – à partir des Conseils locaux de santé mentale (Villeurbanne, Limoges, Reims...) – et qui, grâce à une coopération structurée des acteurs, permettent de repérer, de prévenir l'aggravation de situations de souffrance psychique et sociale et de proposer des interventions auprès des personnes concernées. À ce titre, les actions de ces conseils

L'ESSENTIEL

■

➤ **L'échelon local (département, intercommunal ou communal) semble le plus pertinent pour promouvoir la santé mentale dans une approche communautaire car il prend en compte les caractéristiques du groupe social et de son territoire.**

➤ **Agir pour la promotion de la santé mentale implique une approche systémique misant sur des actions à déployer dans les différents environnements de vie et domaines de participation sociale : la famille, le travail, le réseau social, l'environnement, l'école...**

ou des groupements de coopération sanitaire Santé mentale, Handicap et Vieillesse, qui réunissent les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire, améliorent structurellement les parcours en santé mentale des populations.

Dans le même esprit, les expériences de dispositifs innovants qui proposent un parcours de soins et de vie aux personnes grâce à des coopérations intégrées d'acteurs méritent d'être essayées. En Nouvelle-Aquitaine, je peux citer celle portée par le centre hospitalier des Pyrénées et l'Organisme de gestion des foyers Amitié (OGFA) de Pau, qui offre aux personnes atteintes de troubles psychiques des modalités intégrées d'accompagnement en matière d'accès aux soins et au logement. Tout comme le logement, l'emploi est un facteur déterminant de la santé mentale. Ainsi, certains programmes participent au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques lorsqu'ils visent à faciliter l'accès, le maintien et le soutien dans l'emploi durable en milieu ordinaire de travail, en proposant un accompagnement fondé sur les préférences et les potentialités des personnes.

Aussi, il est nécessaire d'identifier et de rendre visibles au-delà du territoire les dispositifs innovants qui misent sur l'inclusion en organisant les interventions des professionnels de façon graduée et souple, en fonction du parcours des personnes, en reconnaissant leurs choix et leurs compétences. C'est l'objectif premier de l'Observatoire régional de l'innovation en santé qui existe en Nouvelle-Aquitaine² et qui a pour mission de recenser et de diffuser les expériences innovantes en matière de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation. Un observatoire national serait fort utile pour favoriser la diffusion des bonnes pratiques et des innovations locales.

S. A. : *Quels sont les leviers d'action et les principales difficultés à surmonter ?*

M. L. : On peut tout d'abord rappeler que la culture de la promotion de la santé mentale n'est pas inscrite dans les habitudes. Si nous progressons sur la prévention ciblée sur des enjeux de

santé publique importants, à l'échelle de territoire ou en direction de populations prioritaires, la promotion de la santé mentale au sens large reste encore l'affaire de pionniers. Cette dynamique doit être intégrée dans une action communautaire s'appuyant sur le tissu associatif local et co-construite avec les citoyens.

Agir pour la promotion de la santé mentale implique une approche systématique misant sur des actions à déployer dans les différents environnements de vie et domaines de participation sociale : la famille, le travail, le réseau social, l'environnement, l'école... Un travail énorme est à mener sur les représentations collectives, les stéréotypes – voire la stigmatisation sociale – des personnes qui souffrent de troubles sévères, souvent encore véhiculés par les médias. La meilleure façon de garantir une égalité de déploiement des actions de la promotion de la santé mentale, incluant la prévention, est de faire en sorte que la santé mentale soit l'affaire de tous, directement liée à l'exercice de la citoyenneté au sein de la cité, et qu'elle ne soit pas considérée comme relevant de la seule compétence des spécialistes des troubles psychiques.

S. A. : *Quelles sont les principales recommandations que vous avez formulées à la ministre de la Santé ?*

M. L. : Mes propositions portent sur quatre axes majeurs qui constituent des leviers à mobiliser de façon simultanée. Le premier axe vise à améliorer les parcours de soins et de vie des personnes atteintes de troubles psychiques en portant une attention particulière à certains publics particulièrement fragiles : les jeunes, les personnes âgées, les personnes présentant des troubles addictifs, les populations en situation de précarité au regard du logement et/ou de l'emploi, ou encore les personnes détenues.

L'amélioration des parcours passe par une prise en charge globale de la santé, non segmentée entre le soin somatique et psychique, par un renforcement des coopérations entre les différents acteurs (médecins généralistes et psychiatres, services de psychiatrie et intervenants sociaux et médicosociaux notamment), par la diversification des modes d'accompagnement proposés, qui doivent intégrer la dimension sociale,

en favorisant l'accès au logement, à l'emploi, à la culture et à la citoyenneté. Il s'agit en priorité de promouvoir et de renforcer la citoyenneté des personnes en développant des actions individuelles et collectives de lutte contre la stigmatisation.

L'évolution des pratiques professionnelles et la formation des acteurs constituent le deuxième levier à mobiliser. La culture de la preuve doit s'imposer également dans le domaine de la psychiatrie ; l'évaluation des pratiques professionnelles, couplée à des programmes de formation et au déploiement de programmes de recherche en santé mentale, doit permettre d'amorcer le changement culturel nécessaire et attendu par les usagers et par leurs représentants.

S. A. : *Le projet territorial de santé peut-il être un outil de lutte contre les inégalités ?*

M. L. : Le projet territorial de santé mentale (PTSM) développé dans le cadre de mon rapport vise à structurer l'organisation territoriale de la politique de santé mentale en prévoyant l'instauration d'un panier de services relevant des champs sanitaire, médico-social et social. Cette offre de services de soins et d'accompagnements diversifiés permettra de promouvoir l'insertion sociale et le rétablissement des personnes dans leur milieu de vie ordinaire. Elle doit pouvoir être accessible sur chaque territoire de santé. Ce projet, qui s'appuie sur la vision partagée de l'ensemble des acteurs concernés sur le territoire (diagnostic territorial partagé en santé mentale), se traduira par des actions concrètes et contractualisées devant permettre de développer des actions de promotion de la santé mentale à l'échelle du territoire, d'améliorer l'égalité d'accès à l'offre en santé mentale et de lutter contre les inégalités territoriales constatées encore aujourd'hui. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Laforcade M. *Rapport relatif à la santé mentale*. [Rapport] suite à la mission confiée en novembre 2014 par Mme la ministre de la Santé, Marisol Touraine. Octobre 2016 : 190 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
2. <https://www.oris-aquitaine.org/>

L'OCDE définit le bien-être comme l'ensemble des opportunités dont chaque personne dispose pour pourvoir à ses besoins matériels et non-matériels, s'épanouir pleinement en tant qu'être humain et pouvoir porter un projet collectif qui contribue au vivre ensemble.

OCDE : L'émergence du « bonheur national brut »

Entretien avec

Romina Boarini,

chef adjoint de la division statistiques auprès des ménages et mesure du progrès, OCDE, Paris

La Santé en action : **Comment l'OCDE définit-elle le bien-être ? Comment le mesurez-vous et à partir de quels critères ?**

Romina Boarini : L'OCDE définit le bien-être comme l'ensemble des opportunités dont chaque personne dispose pour pourvoir à ses besoins matériels et non-matériels, s'épanouir pleinement en tant qu'être humain

et pouvoir porter un projet collectif qui contribue au vivre ensemble.

La notion de « vivre mieux » mise en avant par l'OCDE vise l'élargissement de ces opportunités dans onze domaines spécifiques : le revenu et le patrimoine, le travail, les conditions de logement, l'état de santé, les compétences, les liens sociaux, l'équilibre vie professionnelle-vie privée, l'environnement, l'engagement civique, la sécurité et le bien-être subjectif. Ce cadre conceptuel, qui

s'appuie sur de nombreux travaux statistiques et théoriques, a été pensé pour rendre la notion de bien-être opérationnelle d'un point de vue des politiques publiques. En effet la plupart de ces critères et domaines ont des implications importantes pour les actions publiques.

S. A. : **Quels sont les principaux déterminants du bien-être et la part des déterminants socio-environnementaux au regard des facteurs individuels ?**

R. B. : Les déterminants du bien-être sont multiples et se déclinent sur des niveaux et sur des échelles temporelles variés. Au niveau individuel, le bien-être est fortement influencé par le niveau d'éducation et le revenu des personnes, l'âge, le sexe ainsi que par l'endroit où habite l'individu. En ce qui concerne le bien-être subjectif plus particulièrement, que nous définissons comme la satisfaction à l'égard de la vie, le ressenti, les émotions et la perception du sens, les facteurs clés sont la santé physique, les relations personnelles, le fait de ne pas être au chômage et la capacité de pouvoir contrôler et influencer sa propre vie et son propre devenir.

Au niveau sociétal, le bien-être est surtout influencé par des ressources collectives comme le capital social, humain et naturel, mais également le capital économique. L'importance de ces facteurs, au niveau individuel aussi bien que collectif, varie entre les personnes et les groupes sociaux, les catégories d'âge et le sexe. Nous constatons également une variation entre les pays, mais ce qui est remarquable est l'universalité de ces éléments.

S. A. : **Que pensez-vous du « bonheur national brut » qui mesure le bien-être au-delà du niveau de développement économique et qui érige en position favorable un pays économiquement pauvre comme le Bhoutan ?**

R. B. : L'OCDE fait partie des institutions internationales qui ont promu fortement la notion d'indicateurs de développement et de progrès sociétal au-delà du PIB, travaux dans lesquels le bonheur national brut s'inscrit. Nos propres travaux, notamment l'Initiative Vivre Mieux¹, s'appuient sur des indicateurs multidimensionnels qui mettent l'accent sur la qualité de vie, le vivre ensemble harmonieux, et une vision écologique et « humanisante » du progrès social, bien au-delà du confort matériel. Les travaux de l'OCDE ainsi que l'initiative bhoutanaise opèrent un changement de perspective fondamentale dans notre façon d'évaluer le développement d'un pays et notamment remettent en discussion la croissance économique comme le seul moyen (ou un moyen inconditionnel) d'atteindre des niveaux de bien-être plus élevés. Cela ne veut bien sûr pas dire que les politiques publiques ne doivent pas s'engager dans la lutte contre la pauvreté, bien au contraire, mais que les moyens d'action doivent être pondérés par d'autres critères que la simple prise en compte du bien-être économique.

S. A. : **En quoi la mesure du bien-être est-elle utile pour améliorer le quotidien des populations ?**

R. B. : Mesurer le bien-être est important pour au moins deux raisons. En premier lieu, le concept et les indicateurs de bien-être nous

L'ESSENTIEL

► **L'OCDE mesure le bien-être des populations dans ses états membres.**

► **Les pays nordiques ont un niveau de bien-être élevé, du fait de leur capacité à impliquer la population dans une démarche de construction de la société, tout en leur laissant une grande autonomie et en respectant leur propre diversité.**

► **La France se situe dans la moyenne avec pour points forts une espérance de vie élevée et un temps important consacré aux loisirs, son principal point faible étant le niveau d'emploi, insuffisant tant en nombre qu'en qualité.**

fournissent une image bien plus riche et pertinente des conditions de vie de la population mais également de leur ressenti et de leur expérience de l'existence, éléments négligés par les agrégats macroéconomiques classiques qui ont pourtant un rôle phare dans l'orientation des choix de politique publique. Deuxièmement, le bien-être mesure ce qui compte vraiment pour les personnes et pour les citoyens, et c'est ce que nous constatons à partir de l'indicateur interactif Vivre Mieux² que l'OCDE a créé en 2011. Cet outil permet à tout le monde de s'exprimer sur ce qui compte le plus dans leur vision du bien-être, en fournissant une contribution directe au débat public sur le bien-être commun. Le grand intérêt que cet outil a suscité (plus de 9 millions de visites sur la page du site internet Vivre Mieux au niveau international depuis 2011) est une preuve du fait que le bien-être est un concept très parlant.

Bien sûr les inégalités sociales et territoriales de la santé sont un aspect important de ce que nous analysons dans nos rapports sur le bien-être, mais ce n'est pas le seul car notre définition du bien-être prend en compte d'autres dimensions que la santé ; et l'étude des inégalités ne se limite pas aux perspectives sociales et territoriales, même si celles-ci revêtent un rôle fondamental.

S. A. : Comment utilisez-vous ces données pour formuler des recommandations à vos États membres ?

R. B. : Ces statistiques sont utilisées de maintes façons. D'abord nous les mettons à jour et les diffusons régulièrement pour que les pays membres de l'OCDE puissent évaluer les progrès accomplis par leurs sociétés. Cette information est également relayée par le site interactif de l'Indicateur du Vivre Mieux, lequel a pour objectif d'informer les citoyens et de leur donner un instrument unique pour s'exprimer sur leur vision du projet sociétal. Par ailleurs, nos indicateurs sont directement intégrés dans plusieurs revues et travaux horizontaux de l'OCDE (par exemple les Examens Économiques, les Revues Multidimensionnelles de Pays, le Projet de la Croissance Inclusive, et bien d'autres) avec le but d'inspirer directement les recommandations que nous formulons à l'intention de nos

pays membres et partenaires. Par ces recommandations très spécifiques, nous établissons en effet une feuille de route pragmatique que chaque pays devrait adopter pour améliorer les conditions de bien-être de la population. Ces recommandations sont élaborées avec l'aide et le soutien des différents comités politiques de l'OCDE. Ceux-ci réunissent les représentants des pays membres et ont mandaté l'Organisation pour effectuer cet état des lieux et proposer des solutions afin d'améliorer le bien-être des citoyens.

S. A. : Sur le bien-être, quel impact vos travaux ont-ils eu sur les politiques mises en œuvre dans vos États membres ?

R. B. : L'impact le plus visible se situe sans doute au niveau de l'évaluation des politiques publiques, ainsi que des nouvelles stratégies de développement durable que certains pays mettent en œuvre pour répondre à l'Agenda 2030. Un exemple lié à l'évaluation des politiques publiques est la Loi française sur les Nouveaux Indicateurs de Richesse, qui prévoit que la discussion de la Loi des Finances soit accompagnée par une évaluation holistique réalisée par la France et une étude d'impact de cette Loi sur les nouveaux indicateurs de richesse³. L'initiative française s'est fortement appuyée sur les travaux internationaux sur le bien-être au-delà du PIB, dont l'OCDE a été pionnier.

S. A. : Qu'est-ce qui caractérise les bons élèves – à savoir les pays nordiques, l'Australie, le Canada et d'autres – qui pourrait être « exporté » ailleurs, à commencer par la France ?

R. B. : Les bons élèves sont ceux qui ont une performance relativement importante et équilibrée sur tous les critères de bien-être. Ces derniers font notamment mieux que les pays avec des notes excellentes dans certaines dimensions mais très mauvaises dans d'autres. Par ailleurs, le trait commun des bons élèves et un faible niveau d'inégalités, peu importe la dimension du bien-être que l'on considère. Même s'il est évidemment impossible d'exporter littéralement un « modèle de bien-être » car celui-ci s'est forgé sur des siècles et repose en partie sur des conditions uniques, les pays nordiques ont une très

grande capacité à impliquer les citoyens dans une démarche de construction active et responsable de la société, tout en leur laissant une grande autonomie et liberté d'être en respectant leur propre diversité. Par ailleurs, les pays les plus performants sont souvent des pays qui sont à la fois dynamiques d'un point de vue économique mais également capables de protéger les individus tout en les faisant devenir résilients face aux grands changements sociétaux.

S. A. : Comment la France se situe-t-elle dans le classement des indicateurs du bien-être et quels sont ses points forts et faibles ?

R. B. : La France occupe une position moyenne dans le classement des indicateurs de bien-être, si l'on accorde une importance égale aux onze critères considérés dans notre classement. Parmi ses points forts, nous remarquons un temps de loisir et temps consacré aux activités personnelles parmi les plus importants de la zone OCDE ainsi qu'une longue espérance de vie. Le pouvoir d'achat des ménages français est également plus élevé que celui observé dans les autres pays de l'OCDE en moyenne. Les faiblesses les plus importantes se situent au niveau de la quantité et qualité des emplois. Parmi les évolutions notables, nous avons remarqué une augmentation du niveau d'étude et une diminution de la participation électorale dans les dernières années, mais également une légère augmentation du bien-être au travail (après une nette diminution qui avait été relevée en 2010). ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef et Enguerrand du Roscoët, responsable de l'unité santé mentale, Santé publique France

1. www.oecd.org/fr/statistiques/initiative-vivre-mieux.htm

2. www.oecdbetterlifeindex.org/fr/

3. LOI n° 2015-411 du 13 avril 2015 visant à la prise en compte des nouveaux indicateurs de richesse dans la définition des politiques publiques. JORF n° 0087 du 14 avril 2015 page 6625 texte n° 1. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/4/13/EINX1506507L/jo/texte>

Pour en savoir plus

● Comment va la vie ? Mesurer le bien-être, OCDE, 2011

Stéréotypes et préjugés sur les personnes souffrant de handicap mental : un regard psychosocial

Paul Fontayne, professeur des universités en psychologie sociale, laboratoire du Centre de recherche sur le sport et le mouvement (CeRSM) – EA 2931, université Paris-Nanterre, **Jean-Baptiste Légal**, maître de conférences en psychologie sociale, laboratoire parisien de psychologie sociale (Lapps) – EA 4386, université Paris-Nanterre.

Paradoxalement, l'idée même d'étudier les stéréotypes et les préjugés au regard des populations souffrant d'un handicap mental n'est pas aussi évidente que l'on pourrait le penser de prime abord. La littérature des travaux dans le domaine (par exemple

en imprimerie, où il désigne une plaque coulée dans un moule, qui produit toujours la même impression (Didot, 1798). C'est en 1922, que le concept de stéréotype est utilisé pour la première fois dans son acception psychosociale, avec la publication du livre *Public Opinion* par le journaliste Walter Lippmann [2]. Le choix de ce terme avait pour but de souligner l'aspect rigide de l'image que les individus se font des catégories sociales. Actuellement, une définition communément retenue du stéréotype est celle de Leyens, Yzerbyt et Schardron (1994, p. 129) : « *un ensemble de croyances partagées à propos des caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements propres à un groupe de personnes* ».

Catégorisation sociale

Si les stéréotypes sont applicables aux individus, ils sont liés à l'image que se font les personnes des membres d'une catégorie sociale particulière. Cette assignation est relative au processus de catégorisation sociale consistant à « *mettre ensemble des objets ou des événements qui sont équivalents en regard des actions individuelles, des intentions individuelles et des systèmes de croyances* » [3]. Elle renvoie donc aux contenus évaluatifs des membres d'un groupe, ceux-ci étant censés refléter la « *nature véritable* » – *i. e.*, ils sont tous pareils – des personnes appartenant à ce groupe [4]. Ainsi, les stéréotypes donnent du sens au monde qui nous entoure et sont liés à des

dans les bases de données des publications en psychologie) révèle qu'à peine quelques dizaines de publications abordent les stéréotypes liés aux personnes handicapées. Notons que, pour la plupart, ces publications sont liées aux manifestations de stéréotypie et aux discriminations (par exemple à l'embauche) des personnes souffrant d'un handicap physique. Cette absence de travaux nous semble pouvoir être expliquée par deux phénomènes conjoints. Le premier est lié à un désintérêt d'ordre sociétal quant aux problèmes rencontrés dans le cadre du handicap mental. Le second a trait à un manque de connaissances des professionnels quant aux mécanismes liant les stéréotypes, les préjugés et les discriminations [1].

Qu'est-ce qu'un stéréotype ?

Le terme « stéréotype » provient du grec *stereos* (solide) et *typos* (empreinte). Il aurait à l'origine été employé

L'ESSENTIEL

-
- ▶ **Les stéréotypes sont définis comme étant un ensemble de croyances partagées concernant des caractéristiques propres à un individu et également des comportements propres à un groupe social.**
- ▶ **C'est donc l'image que l'on se fait d'une catégorie de personnes : face à la complexité des informations de son environnement, l'individu utilise les stéréotypes comme des raccourcis mentaux pour se forger une impression rapide sur autrui.**
- ▶ **Les stéréotypes – y compris à l'encontre des personnes en souffrance psychique – sont souvent liés à des préjugés (par exemple l'évaluation, souvent négative, d'une personne que l'on ne connaît pas) et peuvent se traduire par des comportements discriminatoires.**
- ▶ **Le seul fait de commencer par accorder davantage d'importance à la personne plutôt qu'à sa catégorie sociale permet de lutter contre les stéréotypes.**

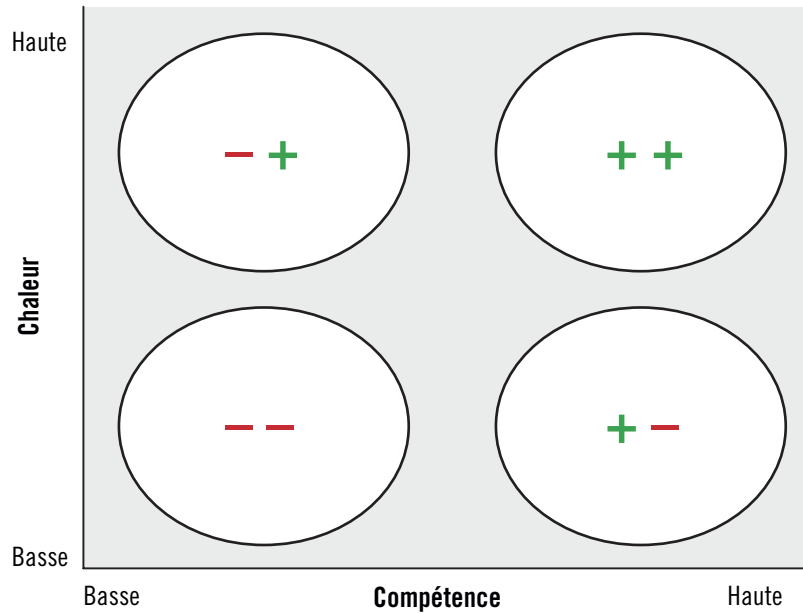
préjugés : évaluation – souvent négative – de la personne sans la connaître ; des attitudes stigmatisantes : distance sociale, méfiance, peur ; et, potentiellement, à des comportements discriminatoires : évitement, rejet, exclusion (voir <http://www.prejuges-stereotypes.net> pour plus d'illustrations).

Stéréotypes associés aux personnes souffrant de handicap mental

Quels sont les contenus des stéréotypes associés aux personnes souffrant de handicap mental ? Comme l'indiquent les enquêtes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – ou les travaux de recherche [5], les caractéristiques associées aux personnes appartenant à des catégories intitulées « fous » ou « malades mentaux » – il est à noter que la catégorie « handicapés mentaux » n'a pas été utilisée dans ces études – sont négatives : irresponsabilité, incurabilité, dangerosité, asocialité, déficience.

On aurait tendance à penser que cette image négative conduit tout naturellement aux préjugés, à la discrimination et à la stigmatisation, expliquant ainsi que les personnes souffrant d'un handicap mental ou de troubles mentaux subissent une exclusion sociale dans la vie quotidienne (voir par exemple la difficulté avec laquelle le système scolaire intègre les enfants handicapés). Cependant, les travaux actuels [6] en psychologie sociale montrent que les associations entre stéréotypes et rejet des membres d'un groupe social particulier se construisent selon des processus plus complexes. Si l'on imagine souvent les stéréotypes comme des représentations univalentes et négatives d'un groupe de personnes, le modèle du « contenu du stéréotype » de Fiske *et al.* [7] va à l'encontre de cette pensée commune. Ce modèle théorique postule que le contenu des stéréotypes renvoie à deux dimensions universelles : la chaleur et la compétence (voir figures ci-dessus et page 26). Quand nous rencontrons quelqu'un, nous souhaitons connaître ses intentions, bonnes ou mauvaises, à notre rencontre (chaleur), ainsi que sa capacité à réaliser ses intentions (compétence). Concrètement, les personnes utilisent un ensemble d'attributs qui peuvent être aussi bien négatifs que positifs (ex : agréable, chaleureux, honnête, bien intentionné pour la chaleur ; compétent, intelligent, efficace, indépendant pour la compétence) pour qualifier les personnes. Les auteurs de ce modèle avancent que les dimensions de chaleur et de compétence découlent des relations de statut entre les groupes. En particulier, les groupes

Figure 1. Les quatre quadrants du modèle du contenu du stéréotype.



à haut statut social sont perçus comme plus compétents que les groupes à bas statut social.

Dans une étude de 2011, Rohmer et Louvet [8] montrent que les personnes handicapées peuvent être jugées comme étant plus « chaleureuses », mais qu'elles sont jugées moins « compétentes » que les personnes sans handicap. Après avoir étendu leur étude à différents types de handicaps (*i. e.*, personnes en situation de handicap physique : handicap moteur, sourds, aveugles ; personnes en situation de handicap mental : autistes, trisomiques), ces chercheuses montrent que si les personnes en situation de handicap physique et les personnes en situation de handicap mental ne font pas l'objet de jugements différents sur le plan de la chaleur par rapport à la population générale, les personnes en situation de handicap mental sont jugées moins compétentes que les personnes en situation de handicap physique. Si les personnes handicapées peuvent faire l'objet de jugements positifs sur différentes dimensions (les personnes handicapées sont jugées plus chaleureuses et également plus courageuses que les personnes sans handicap), elles sont généralement perçues comme étant moins compétentes. Elles apparaissent ainsi comme appartenant à un groupe socialement dominé – en d'autres termes, ayant peu

de valeur sur le plan économique –, et le contenu des stéréotypes ainsi mis à jour permet d'expliquer le lien entre les stéréotypes, les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires dont elles sont parfois victimes. Cependant, comme le montrent Rohmer et Louvet, des effets de compensation au moyen de jugements plus positifs sur la dimension chaleur – certainement liés aux pressions normatives à la non-discrimination – sont observés.

Les stéréotypes ? Des processus automatiques dont on peut réduire les effets

Si l'on observe le phénomène sous l'angle d'une approche psychosociale, l'on posera le postulat que les stéréotypes découlent du fonctionnement cognitif normal – et limité – de l'individu. Afin de faire face à la complexité des informations de son environnement, l'individu utilise les raccourcis mentaux que sont les stéréotypes pour pouvoir se former une impression rapide sur autrui. Il s'appuie alors sur des mécanismes cognitifs plus automatiques que contrôlés. De ce fait, le stéréotype n'est pas nécessairement associé au préjugé. Dans cette optique, il n'y a pas de jugement de valeur à porter *a priori* sur le stéréotype (il faut donc dédramatiser l'idée que nous pourrions tous, dans

certaines situations, utiliser les stéréotypes comme base de notre jugement). Cela nous donne également quelques pistes pour en limiter les conséquences potentiellement délétères.

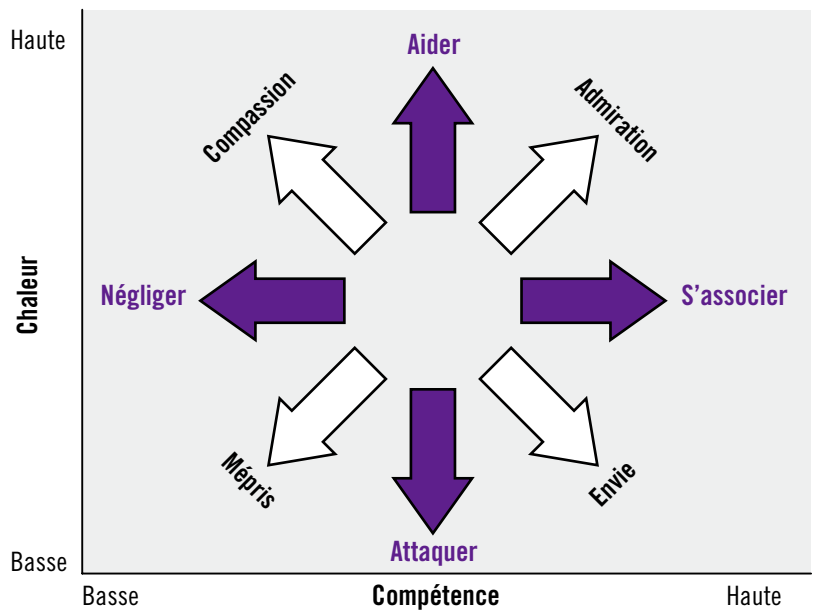
Un préalable important, nous semble-t-il : être conscient de ce que sont les stéréotypes, les préjugés, la discrimination et les mécanismes (en partie automatiques) qui les sous-tendent. Ensuite, il a été montré que garder à l'esprit quelques règles simples peut limiter les effets des stéréotypes sur les jugements. Ainsi, lors d'un entretien diagnostique par exemple : prendre son temps avant de formuler un avis, accorder plus d'importance aux informations concernant la personne qu'à sa catégorie sociale (ex. : personne souffrant de handicap mental), faire preuve d'empathie – autrement dit, essayer de se mettre mentalement à la place de l'autre –, insister sur les faits plus que sur les appartenances sociales, ou encore accepter les alternatives – les stéréotypes sont des croyances, pas des vérités – peut limiter les effets des stéréotypes sur le jugement d'autrui.

Sociabilité et contact, facteurs de déconstruction des stéréotypes

Par ailleurs, le modèle du contenu du stéréotype prédit que les émotions ressenties et les comportements adoptés envers les personnes dépendent de leur position sur l'espace déterminé par les dimensions « chaleur » et « compétence » (voir figures 1 et 2). Les personnes souffrant d'un handicap

Figure 2. Modèle du contenu du stéréotype¹.

Le modèle inclut les émotions et les comportements découlant du positionnement sur les axes « chaleur » et « compétence ». Les émotions sont représentées par les flèches blanches. Les comportements sont représentés par les flèches violettes.



mental, appartenant à un groupe « chaleureux, mais peu compétent » susciteront de la compassion et, en matière de comportements, se verront à la fois aidés ou protégés, mais aussi négligés et ignorés. Selon cette perspective, il a été montré par exemple que l'inclusion de ces populations au sein d'associations sportives, au-delà des bénéfices associés à la pratique physique en termes de santé, déclenche des conséquences positives sur les émotions – admiration – et les comportements – collaboration – chez

autrui [6]. Ces résultats ouvrent une perspective sociale optimiste, selon laquelle une approche inclusive *via* des pratiques sociales, culturelles et sportives chez ces populations permet de les repositionner comme étant des groupes socialement importants (chaleur haute/compétence haute), rendant ainsi les stéréotypes plus positifs. ■

1. Adapté de Fiske S.T., Cuddy A.J.C., Glick P. Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in Cognitive Science*, 2007, vol. 11, n° 2 : p. 77-83.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Légal J.-B., Delouée S. *Stéréotypes, préjugés et discrimination*. Paris : Dunod, coll. Les Topos, 2015, 2^e édition : 128 p.
- [2] Lippmann W. *Public Opinion*. New York: Harcourt, Brace & Co, 1922.
- [3] Tajfel H. *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge : Cambridge University Press, 1981 : p. 254.
- [4] Schadron G. De la naissance d'un stéréotype à son internalisation. *Cahiers de l'Urmis*, décembre 2006, n°s 10-11 : p. 41-53. En ligne : <http://urmis.revues.org/220>

- [5] Caria A., Roelandt J.-L., Defromont L., Daumerie N., Vandeborre A. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 2010, vol. 36, n° 3, supplément 1 : p. 7-13.
- [6] Fontayne P., Chalabaev A. *Les Stéréotypes*. Paris : Éditions ep&s, coll. Pour l'action, 2016 : 128 p.
- [7] Fiske S.T., Cuddy A.J.C., Glick P. Universal dimensions of social cognition: warmth and competence. *Trends in Cognitive Science*, février 2007, vol. 11, n° 2 : p. 77-83.

- [8] Rohmer O., Louvet E. Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience. Une application des modèles de la bi-dimensionnalité du jugement social. *L'Année psychologique*, 2011, n° 111 : p. 69-85. En ligne : https://www.researchgate.net/profile/Odile_Rohmer/publication/265683533_Le_stereotype_des_personnes_handicapees_en_fonction_de_la_nature_de_la_deficience_Une_application_des_modeles_de_la_bidimensionnalite_du_jugement_social_Stereotype_content_of_disability_subgroups_Test/links/541a88e60cf203f155ae2dc8.pdf

Un programme pour prévenir le harcèlement en collège et lycée

Entretien avec

Françoise Robichon,

infirmière conseillère technique,
direction des services départementaux
de l'Éducation nationale (DSDEN),
Annecy (Haute-savoie),

Éric Verdier,

psychologue communautaire,
fondateur du dispositif
Sentinelles et Référents[®].

La Santé en action : Pourquoi implanter ce programme en milieu scolaire ?

Françoise Robichon et Éric Verdier :

Rappelons tout d'abord que 1 élève sur 10 est victime de harcèlement (voir encadré page 28). Quand, à partir des années 2010, le ministère a décidé de déployer la lutte contre le harcèlement, les établissements se sont sentis démunis, agissant avec leur bon sens, mais manquant de connaissances sur les phénomènes et d'outils concrets de prévention.

Dans ce contexte, le dispositif Sentinelles et Référents[®] consiste en une formation de quatre jours, puis en la mise en œuvre d'interventions. La formation porte sur les concepts et les outils permettant de construire un dispositif efficace afin de faire diminuer la violence dans un établissement scolaire, ainsi que les situations de souffrance qui passent inaperçues. L'objectif est de prévenir toutes les conséquences des phénomènes de bouc émissaire à l'école, qu'il s'agisse de harcèlement, de mal-être et de risque suicidaire, de comportement agressif voire violent, d'isolement, d'addiction et de risque sexuel, et aussi de décrochage, de phobie scolaire ou de radicalisation.

Au sein des établissements scolaires, il s'agit donc de prévenir et de sensibiliser les jeunes et les adultes aux phénomènes de bouc émissaire et aux discriminations, à leur détection et au traitement individuel et collectif de leurs conséquences. En centrant notre attention sur le phénomène de bouc émissaire et non uniquement sur le harcèlement, l'on inclut bien d'autres situations potentiellement graves et qui passent souvent inaperçues, comme le fait d'isoler quelqu'un que l'on finit par totalement oublier...

S. A. : Qui participe à ce dispositif ?

F. R. et É. V. : Adolescents, membres des équipes pédagogiques, administratives et techniques de l'établissement, parents et partenaires extérieurs, tous peuvent être partie prenante sur la base du volontariat. Le groupe est ainsi constitué de 10 adolescents qui choisiront ou non d'être « sentinelles » au terme de la formation et de 6 adultes « référents » (2 enseignants, 2 non-enseignants, 1 parent et 1 partenaire). Les jeunes ne sont pas des dénonciateurs, ils apprennent à repérer, intervenir et référer, les adultes gérant l'après (Repérer, Intervenir, Référer, Et après – RIRE) : la prise en charge des harcelés et aussi celle des auteurs de harcèlement.

Cette formation est complétée par une session complémentaire Ressources et Accompagnement de 5 jours, à destination d'un ou de deux référents. Objectifs : répondre à des demandes de compléments théoriques et pédagogiques (le suicide, la sexualité, la religion...), débriefer sur les situations problématiques rencontrées et dynamiser un réseau local ou régional, voire national².

L'ESSENTIEL

▣ À ce jour, 130 collèges et lycées de l'Hexagone ont mis en œuvre le programme Sentinelles et Référents[®].

▣ Le dispositif repose sur la formation commune des équipes éducatives et de l'ensemble du personnel, des parents ainsi que des élèves.

▣ Objectif : prévenir le harcèlement et empêcher que certains élèves ne deviennent des boucs émissaires.

S. A. : Quel est le rôle des élèves sentinelles ?

F. R. et É. V. : Les élèves sentinelles sont investis d'une double mission, à la fois vis-à-vis de la victime désignée (aller vers elle, ne pas la laisser seule, la « tirer de là ») et auprès des témoins passifs déniaient la violence faite à la victime, en les incitant à reconnaître la souffrance du bouc émissaire. En aucun cas l'intervention ne portera sur la personne ou le groupe d'auteurs, ce rôle revenant aux référents une fois la victime en sécurité. L'alliance du jeune et de l'adulte, matérialisée par le binôme référent-sentinelles, a un impact très fort, à la fois sur les autres jeunes et sur les adultes eux-mêmes. Sentinelles et référents les sensibilisent tour à tour par tout moyen mis à leur disposition.

S. A. : Où ce dispositif a-t-il été déployé à ce jour ?

F. R. et É. V. : En fin d'année scolaire 2016-2017, plus de 130 collèges et lycées français métropolitains auront été formés au programme Sentinelles et Référents[®] en milieu scolaire³.

Ce programme a vu le jour en 2010, sous l'égide de la Ligue française pour la santé mentale (LFSM) et, depuis fin 2016, sous celle de la Société d'entraide et d'action psychologique (Sedap).

S. A. : Quel bilan peut-on en dresser au regard des évaluations réalisées ?

F. R. et É. V. : Le bilan démontre l'intérêt de placer sur un même plan élèves et adultes dans un même lieu et un même temps d'apprentissage, ce qui fait prendre conscience à chaque public de ce que l'autre éprouve [1]. À l'issue de la formation Sentinelles et Référents[©], le premier bilan est toujours un changement de climat scolaire. Les adultes référents regardent les élèves avec respect et ouverture vis-à-vis de leur esprit d'initiative et de leur créativité. Les élèves considèrent les adultes référents avec confiance. Les initiatives sont nombreuses et variées pour améliorer la bienveillance dans toute la communauté. L'énergie perdue, et le dispositif se régénère d'année en année, les anciennes sentinelles

1 ÉLÈVE SUR 10 VICTIME DE HARCÈLEMENT

Les enquêtes sur le climat scolaire montrent que de 5 % à 6 % des élèves de l'école élémentaire ou du collège subissent une répétition de « victimations¹ » que l'on peut qualifier de harcèlement sévère². Pour ces victimes, l'école peut être vécue comme un cauchemar. Entre 20 % et 25 % des élèves absentéistes chroniques ne vont plus à l'école par peur de ce harcèlement³.

Si l'on inclut les comportements et les actes de violence et de discrimination – en apparence moins sévères, mais souvent annonciateurs de véritables brimades –, les collèges (et, dans une moindre mesure, les lycées) accueillent en moyenne 1 élève sur 10 victime de harcèlement, face à la même proportion d'auteurs. 1 jeune sur 5 est donc directement concerné.

Françoise Robichon et Éric Verdier

1. Terme désignant des faits d'agression, de vols, de violences physiques ou morales dont une personne est consciemment victime.

2. Debarbieux É. À l'école des enfants heureux... enfin presque. Rapport de recherche réalisé pour l'UNICEF France par l'Observatoire international de la violence à l'école. Mars 2011: 42 p. En ligne : https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf

3. Blaya C. Violences et maltraitements en milieu scolaire. Malakof : Armand Colin, coll. 128 : Éducation, 2006 : 128 p.



© Pierre-Jérôme Jébel - A-M-E-R.com

formant les nouvelles. Les candidats sont nombreux. Les situations de harcèlement sont repérées plus vite et traitées à bon escient. Ce sont les jeunes qui sont moteurs et qui motivent les adultes pour continuer.

S. A. : Quels sont les principaux facteurs de réussite et les écueils à surmonter ?

F. R. et É. V. : Les leviers majeurs sont les suivants : des institutions porteuses ; un chef d'établissement convaincu et facilitant la mise en œuvre ; une équipe d'adultes volontaires. Et, les années suivantes, des sentinelles désireuses de transmettre aux plus jeunes. Les principales faiblesses constatées sont des difficultés de financement et des financements non pérennes ; la crainte de certains adultes d'être en formation avec des élèves. Cette crainte

fait cependant place à l'enthousiasme si l'expérience est concluante, et elle l'est la plupart du temps.

S. A. : Ces formations permettent-elles une amélioration sur le long terme ?

F. R. et É. V. : L'évaluation montre que trois à quatre ans après la formation initiale, la moitié des 31 établissements enquêtés disposent encore d'un dispositif actif. Les abandons s'expliquent surtout par le désinvestissement des référents (surcharges de travail, mutations, changement dans l'équipe de direction ou de vie scolaire) plutôt que par celui des sentinelles, celles-ci poursuivant souvent seules leur activité de veille. Or, le soutien des référents est indispensable, surtout au démarrage, pour cadrer l'action des sentinelles, parfois enclines à déborder de leur mission, allant jusqu'à prendre en charge les moindres conflits. Des réunions

régulières sont ainsi nécessaires pour identifier les situations de harcèlement, pour veiller à ce que les sentinelles ne cherchent pas à intervenir auprès des harceleurs et pour assurer le suivi des situations signalées. Cependant, même en cas d'abandon du dispositif, les adultes enquêtés continuent à mettre en œuvre, à titre personnel, les acquis de la formation.

S. A. : Quelle place les enseignants occupent-ils dans ce dispositif ?

F. R. et É. V. : Les enseignants – qui représentent numériquement la majorité du personnel scolaire – sont à ce jour sous-représentés parmi les participants adultes. Les principaux motifs cités ont été des emplois du temps chargés et/ou un investissement déjà important sur d'autres projets, la priorité accordée au programme à boucler. À ces contraintes peuvent se cumuler aussi un moindre intérêt, voire de l'indifférence et/ou une forme de déni du sujet traité, voire de l'hostilité au principe même du dispositif. Plus difficiles donc à mobiliser lors de la mise en place du dispositif, ce sont cependant les enseignants qui déclarent en tirer le plus de bénéfices. Qu'ils soient ou non référents, ils y voient un nouvel outil de résolution, puis de prévention des tensions entre élèves au sein des classes. Et ils sont nombreux à rejoindre leurs collègues référents après avoir constaté cet impact du dispositif.

S. A. : Qu'en pensent les élèves ?

F. R. et É. V. : Les élèves sentinelles prennent leur rôle très au sérieux, ils sont force de proposition. Les autres élèves viennent vers eux, en raison d'une proximité qui n'existe pas avec les adultes. Il est à noter que les référents disent qu'ils ne peuvent pas s'installer dans la routine, car les jeunes les sollicitent tant sur la prise en charge de ce qu'ils ont repéré que pour prendre de nouvelles initiatives.

S. A. : Peut-on parler de prise de conscience collective ?

F. R. et É. V. : La formation, puis la mise en place d'un dispositif Sentinelles et Référents[®] suscitent effectivement une prise de conscience éthique qui se diffuse auprès des différentes composantes de la communauté scolaire. Une amélioration des relations entre élèves a été observée avec, comme indicateur, une diminution des violences et des incivilités.

La réduction du phénomène de harcèlement entre élèves est plus difficilement évaluable, puisque l'un des premiers effets du dispositif est de faire apparaître des faits de violences qui restaient auparavant invisibles. Même dans les établissements où peu de situations ont été rapportées en raison d'une faible activité du dispositif, celui-ci a toujours un impact par la vigilance accentuée qu'il suscite, la formation ayant généré par capillarité une plus grande attention au

mal-être des élèves et une amélioration du climat scolaire. Le principe du dispositif d'intervenir en priorité en soutien aux élèves harcelés permet aux adultes de ne plus uniquement sanctionner les harceleurs et aux élèves de sortir de l'indifférence.

Il est à souligner que dans les établissements où le dispositif est pérennisé, avec la formation en interne de nouvelles générations de sentinelles, les recrutements se font de plus en plus à l'initiative des élèves (soit par cooptation, soit du fait de l'exemplarité du dispositif existant), l'intervention des adultes consistant surtout à valider ces candidatures. Parmi ces nouveaux postulants, il est désormais fréquent que d'anciens élèves harcelés s'investissent et dynamisent les dispositifs. En conclusion, la mise en œuvre de ce dispositif permet de prévenir non seulement des situations de harcèlement, mais, plus globalement, des incivilités et des violences scolaires [1]. Il reste à convaincre les décideurs ministériels et académiques, de mettre en place ce type d'intervention. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Ce programme Sentinelles et Référents[®] a été conçu et mis en œuvre en milieu scolaire à partir de 2010, par Éric Verdier. La première rencontre nationale des Sentinelles et Référents de France s'est tenue à Fontaine (Isère) le 17 mars 2016, réunissant neuf établissements sur la centaine formés.
2. Voir le travail remarquable du service Emploi, Égalité, Insertion de la ville de Fontaine (38).
3. En se fondant sur les anciennes régions et par ordre décroissant de nombre d'établissements formés: Rhône-Alpes (27), Poitou-Charentes (23), Île-de-France (19), Aquitaine (10), Limousin (7), Champagne-Ardenne (6), Picardie (5), Haute-Normandie (5), Pays-de-la-Loire (4), Bourgogne (4), Centre (4), Midi-Pyrénées (3), Alsace (3), Basse-Normandie (3), Provence-Alpes-Côte d'Azur – PACA (2), Languedoc-Roussillon (2), Lorraine (2), Nord-Pas-de-Calais (2), Auvergne (1), Franche-Comté (1), Bretagne (1).

UN FINANCEMENT NON PÉRENNISÉ

À compter de l'année 2003 (via une recherche-action sous l'égide de la Ligue des droits de l'homme), les premiers financeurs du programme préfigurateur de ce dispositif Sentinelles et Référents ont été la direction générale de la Santé, via le bureau Santé des jeunes, le ministère de l'Agriculture, via la direction générale de l'Enseignement et de la Recherche, ainsi que l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. À partir de 2010 (première action Sentinelles et Référents[®] sous l'égide de la Ligue française de santé mentale) se sont ajoutés des financeurs régionaux – conseils régionaux et ex-directions régionales des affaires sanitaires et sociales, directions régionales de la jeunesse et des sports, agglomérations via la politique de la ville –, puis des fondations privées. Aujourd'hui, l'essentiel du soutien financier est porté par des agences régionales de santé, des conseils régionaux et des contrats de ville ou des contrats urbains de cohésion sociale. La quasi-totalité des financements nationaux n'a pas été reconduite (hormis le Commissariat général à l'égalité des territoires – CGET et un groupement d'assurances), ce qui explique la forte disparité de représentation sur le territoire national.

Françoise Robichon et Éric Verdier

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Larguez B., Leroux M. Quand élèves et adultes s'associent pour lutter contre le harcèlement en milieu scolaire. In Verdier É., Coutant É. Boucs émissaires. Combattre l'indifférence, refuser la soumission. Saint-Martin-de-Londres : éditions H&O, coll. Essais – témoignages, Grand public, 2016 : 256 p.

Dossier
Promouvoir la santé mentale de la population

Un film, puis un débat pour déconstruire les stéréotypes

Entretien avec Sophie Cervello,

interne en psychiatrie au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, auteure d'un mémoire sur le cinéma et la santé mentale.

La Santé en action : **Comment l'idée est-elle venue de lancer des séances de cinéma, suivies d'un débat avec des spectateurs, à partir de films abordant la question de la santé mentale ?**

Sophie Cervello : Ce type de ciné-club existe en France, mais généralement uniquement à destination des internes en psychiatrie. En 2014, alors que j'étais présidente de l'Association stéphanoise des internes en psychiatrie (ASIPSY 42), nous avons décidé de faire un « cinépsy » ouvert au grand public. Dans notre pratique professionnelle, nous sommes confrontés à une stigmatisation forte des patients, qui sont souvent victimes de phénomènes d'exclusion. Notre discipline est également un peu à l'écart par rapport aux autres spécialités médicales.

Le cinéma est un média populaire et influent, qui s'intéresse aux problèmes de santé mentale ; mais il ne véhicule pas toujours, loin s'en faut, des représentations réalistes des pathologies psychiatriques et notamment de la schizophrénie. La fiction privilégie le ressort dramatique, les images hallucinées, l'action et une représentation violente de la maladie mentale ; c'est effectivement plus attractif pour le public et plus divertissant que ce que rencontrent les psychiatres au quotidien. Mais ce cinéma participe

bien souvent au développement de stéréotypes qu'il nous a paru important de déconstruire par la projection de films, suivie d'un débat.

S. A. : **Comment avez-vous mis en place cette initiative ?**

S. C. : Nous nous sommes associés à un cinéma art et essai, Le Méliès, habitué à organiser ce genre de projection-débat et qui a adhéré à l'idée. Je m'occupe de repérer en amont les films qui vont sortir et qui peuvent être intéressants, par la façon dont ils traitent les pathologies mentales, pour une discussion avec le grand public.

Depuis fin 2014, nous avons ainsi proposé aux spectateurs six séances, permettant de débattre sur *Mommy* (liens d'attachement entre une mère et son fils ; discussion autour du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité – TDAH), *L'Homme irrationnel* (crise existentielle et psychanalyse), *Birdman* (délire et schizophrénie) ou *Folles de joie* (troubles de l'humeur). Après une courte présentation du film et sa projection, l'échange s'engage sur ce qui a été montré, comment cela est vu par les spectateurs ; puis, nous apportons notre regard professionnel pour mettre en évidence les écarts avec la réalité, répondre aux questions et déconstruire les préjugés. Les intervenants sont internes en psychiatrie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne.

S. A. : **Quelles représentations de la santé mentale par le grand public convient-il de faire évoluer en priorité ?**

S. C. : Les représentations négatives sont nombreuses. La confusion existe entre trouble de l'identité, double

L'ESSENTIEL

■
 ▶ **À Saint-Étienne, des internes en psychiatrie organisent des débats à l'issue de la projection de films pour le grand public dans une salle d'art et d'essai.**

▶ **L'objectif est de dialoguer avec les spectateurs et de partager leur ressenti pour déconstruire les préjugés sur les personnes souffrant de pathologies mentales.**

personnalité et schizophrénie par exemple. Les pathologies mentales sont souvent associées à l'imprévisibilité et à la violence, sources de crainte pour les gens, et cette crainte alimente les processus de stigmatisation et de rejet des malades. Or, la violence n'est pas prédominante dans les pathologies mentales. C'est pourquoi il est important d'informer et de permettre au grand public de rencontrer des professionnels de la psychiatrie pour combattre les stéréotypes et faire connaître les institutions psychiatriques et les modalités d'accès aux soins.

S. A. : **Est-il possible de faire la chasse aux préjugés en quelques séances de « cinépsy » ?**

S. C. : La discussion peut avoir un impact plus important qu'une grande campagne nationale par voie d'affichage par exemple. L'efficacité de telles rencontres a été montrée dans différentes études sur les moyens de lutter contre la stigmatisation. Nous menons une action d'éducation dans un contexte plus ludique qu'une conférence dans un cadre formel. Nous



© Pierre-Jérôme Jéhel - A.M.-E.R.com

allions le divertissement du film à l'échange sérieux, à partir d'éléments qui marquent les esprits. Les spectateurs vont sans doute acquérir une distance critique vis-à-vis des fictions traitant de la santé mentale ; ils vont parler de cette expérience autour d'eux, ce qui démultiplie le nombre de personnes atteintes. Bien sûr, en une heure de débat, nous n'épuisons pas le sujet, mais cela fait progresser les gens petit à petit.

S. A. : *Quel avenir envisagez-vous pour cette initiative ?*

S. C. : Nous souhaitons la poursuivre tout en l'améliorant. Pour ce faire, il faut mettre à l'affiche des films intéressants, et nous sommes tributaires des sorties. C'est pourquoi nous aimerions élargir notre horizon en programmant des films anciens, comme *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, un long-métrage très connu qui a beaucoup marqué les esprits en présentant une image effrayante de la psychiatrie. Mais cette reprogrammation de vieux films est plus complexe à organiser. D'autre part, j'aimerais

qu'aux côtés des professionnels soient présents des usagers de la psychiatrie pour animer le débat et favoriser la rencontre. Échanger directement avec eux serait encore plus efficace pour changer les représentations et réduire la distance qui sous-tend les processus de stigmatisation. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

Pour en savoir plus

● Cervello S. *De l'expérience du « cinépsy » à l'utilisation du cinéma pour l'information et la sensibilisation à la schizophrénie. [mémoire pour le diplôme interuniversitaire « santé mentale dans la communauté »].* Saint-Étienne : faculté de médecine Jacques-Lisfranc, université Jean-Monnet, 2016. Ce document sera accessible sur : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/node/184>

Ateliers Mieux Être à la Métropole européenne de Lille :

« Des moments d'échange autour de la santé psychique »

Entretien avec

Emmanuelle Provost,

coordinatrice de l'Association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté (AISSMC),

Stéphanie Curnelle,

chargée de mission du pôle de santé mentale 59G21 et de l'AISSMC.

La Santé en action : L'association organise des ateliers Mieux Être ouverts à tous les habitants.

Comment cette initiative est-elle née ?

Emmanuelle Provost et Stéphanie Curnelle : L'association regroupe cinq communes de la métropole Lilloise : Hellemmes, Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin ; elle travaille en coordination avec l'Établissement public de santé mentale (ÉPSM) Lille-Métropole, lequel a pour mission la prise en charge des troubles de santé mentale. Créée en 2010, elle a repris les missions de l'association médico-psycho-sociale qui mobilisait, depuis 1977, élus et société civile pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale et pour maintenir le lien social avec les personnes atteintes de troubles psychiques.

Les ateliers Mieux Être ont été mis en place en 2011, suite à plusieurs constats. La maladie mentale est souvent traitée dans les médias par le prisme d'événements dramatiques, ce qui contribue à véhiculer des

représentations négatives. La formation en santé mentale n'existait pas ou peu localement. Il se trouve que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) possède un centre collaborateur en santé mentale sur notre territoire, en l'occurrence le CCOMS (*voir article de D. Sebbane et al. pages 10 à 13 dans ce même dossier central*). Elle mène à intervalles réguliers une enquête santé mentale en population générale, sur la question des représentations et de l'état du réseau de soins, complétée par des données épidémiologiques sur le nombre de personnes concernées par les pathologies mentales. Entre 1997 et 2007, les résultats de l'enquête montrent que les représentations ont peu évolué et que la quasi seule façon de se soigner est de recourir aux médicaments. C'est dans ce contexte qu'ont été créés les ateliers Mieux Être pour assurer une mission de prévention et pour informer.

S. A. : Comment ces ateliers fonctionnent-ils ?

E. P. et S. C. : Ce sont des moments d'échange de deux heures autour de la santé psychique, ouverts à tous, permettant à chacun de découvrir différents thèmes ou d'approfondir ses connaissances. Les sujets abordés sont très variés : sommeil et insomnie, troubles obsessionnels compulsifs, dépression, stress, addiction, troubles des comportements alimentaires, entendeurs de voix, manies, suicide, deuil, mais aussi affirmation de soi ou

L'ESSENTIEL

■

▣ Les ateliers Mieux Être à Hellemmes, Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin permettent aux habitants d'échanger librement autour de thèmes ayant trait à la santé mentale : mal-être, stress, dépression, deuil, etc.

▣ Ils assurent une mission de prévention et d'information et ont pour particularité d'être animés par un professionnel et par un usager représentant d'une association d'usagers en santé mentale, qui partage son expérience.

▣ Les objectifs sont d'aider chacun à être acteur de sa propre santé ou de celle d'un proche et de susciter un dialogue sur la santé mentale au cœur de la cité.

santé sexuelle tout au long de la vie. Ces ateliers sont animés par un professionnel de la santé mentale et par un usager représentant d'une association, qui partage son expérience. Ils ne se tiennent pas dans des lieux de soins, mais à la mairie, à l'école, dans le local d'une association ou d'un centre social. Ce n'est pas une conférence, mais un dialogue dont l'objectif est d'aborder la santé mentale comme une ressource et pas seulement sous l'angle de la pathologie. L'échange permet à chacun, avec des outils simples, d'avancer et de trouver des réponses pour être acteur de sa propre santé ou de celle



© Pierre-Jérôme Jéhel - A-M-E-R.com

de ses proches. La discussion avec des membres d'associations, concernés de près par des troubles psychiques, et avec des professionnels permet aussi de lutter contre les peurs, les tabous, les non-dits et les représentations erronées. Notre action est financée depuis deux ans par l'agence régionale de santé, ce qui permet de rémunérer les co-animateurs associatifs. L'ÉPSM met à disposition ses professionnels de santé : psychiatre, psychologue, psychomotricienne, animateur socio-culturel.

S. A. : *Quelle évaluation faites-vous de cette initiative ?*

E. P. et S. C. : Il est difficile de connaître son impact à long terme. Les questionnaires de satisfaction remplis par les participants montrent des éléments positifs : ils disent que les thèmes abordés sont diversifiés, que la discussion est accessible et que chacun peut s'exprimer facilement dans une atmosphère bienveillante. Tout cela concourt à mieux comprendre la santé mentale et ses enjeux. Une vingtaine d'ateliers ont lieu chaque année, rassemblant près de 200 personnes. Nous avons par exemple organisé récemment une séance dans une école autour des effets des écrans sur la santé ; près de

80 parents étaient présents et beaucoup ont demandé le diaporama de présentation, preuve qu'ils ont eu envie d'approfondir le sujet ou d'avoir un support pour en parler avec d'autres personnes.

S. A. : *Comment votre action va-t-elle se poursuivre ?*

E. P. et S. C. : Nous cherchons à faire évoluer notre projet, en nous rapprochant de nos partenaires associatifs, pour proposer de nouveaux thèmes de discussion. Tout en maintenant cette ouverture à tous, nous souhaitons davantage répondre aux besoins des habitants, par exemple avec des horaires plus adaptés. Il faudrait également améliorer la communication autour des ateliers. Nous constatons que les gens connaissent leur existence principalement par le bouche-à-oreille. Or nous avons développé un site Internet¹ et des outils d'information qui restent trop peu consultés. Nous réfléchissons aussi à accroître notre présence sur les réseaux sociaux afin de toucher un plus large public. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruef, journaliste.

1. <http://www.ateliersmieuxetre.fr/>

Démarche communautaire : « Associer les habitants dans la réflexion et dans l'action »

**Entretien avec
Philippe Lefèvre,**
co-président de l'institut Renaudot¹.

La Santé en action : Comment les démarches communautaires impulsées par l'institut Renaudot peuvent-elles aider à la promotion de la santé mentale ?

Philippe Lefèvre : Sur un territoire, le bien-être mental de chacun dépend beaucoup du vivre-ensemble. Les tensions quotidiennes, les incivilités, le bruit viennent perturber la tranquillité des habitants. Comment bien coexister dans le même

espace public, qu'on soit jeune ou plus âgé, actif ou retraité ? La démarche communautaire, en associant dans la réflexion et dans l'action tous les acteurs – les habitants qui sont des citoyens et des usagers, les professionnels, les élus, les associations et les institutions –, permet de construire des solutions correspondant aux besoins des gens. Lorsque l'on agit sans concertation, on risque la confrontation, entre élus et

habitants par exemple sur un projet. Rassembler et travailler dans le dialogue permet au contraire d'avancer ensemble vers le bien-vivre de façon plus efficace.

S. A. : Comment cela se traduit-il concrètement sur le terrain de la promotion de la santé mentale ?

Ph. L. : L'une des plus anciennes expériences a commencé dans la ville d'Évry, au centre de santé géré par un comité tripartite réunissant usagers, professionnels et élus... Lors d'une réunion usagers-professionnels, quelqu'un s'est exprimé pour demander une aide sur la façon de gérer l'angoisse dans la vie quotidienne. C'est de là que sont nés de façon informelle les groupes de paroles, en 1984. Les premiers participants se sont formés pour animer des groupes de paroles ouverts à tous. Et cette initiative s'est structurée avec la création de l'association Pause en 1994, laquelle a ensuite bénéficié d'un local en 1995. Elle propose désormais une écoute individuelle ou en famille ; ses professionnels participent à la formation et à la supervision des équipes médico-sociales du département. Les groupes de paroles se réunissent une fois par mois. Ceux-ci abordent des thèmes différents : le deuil, la vie après un traumatisme, le choix, la parentalité, etc. Ils sont co-animés par un professionnel thérapeute et par un usager formé.

S. A. : En quoi cette initiative participe-t-elle à la construction de la santé mentale ?

Ph. L. : Chacun est libre de venir, de parler de soi sans être jugé, ou simplement d'écouter, car on apprend

aussi beaucoup de l'expérience des autres. C'est un moyen de sortir de son isolement et d'entrer dans une dynamique pour sortir d'un état d'individu souffrant et passer à celui d'acteur responsable. La présidente actuelle de l'association est une personne qui est venue aux groupes de parole comme usager et qui s'est formée. C'est une illustration de l'*empowerment*², qui est au cœur de la démarche communautaire et qui permet à toute personne de faire un chemin, en devenant de plus en plus actrice de sa propre vie et actrice de la vie collective.

S. A. : Ce type de démarche peut-il aussi fonctionner avec des jeunes ?

Ph. L. : Nous avons développé un projet dans un collège qui montre que cela est possible. À la demande de l'agence régionale de santé Île-de-France, la prévention du suicide des jeunes est devenue, en 2013, un axe fort du contrat local de santé. Plusieurs structures du réseau de santé mentale se sont rassemblées pour initier différentes actions sur la sensibilisation des jeunes et la formation des acteurs au risque suicidaire. Nous avons proposé à trois établissements scolaires de s'impliquer dans cette réflexion et nous avons lancé l'expérience, à partir de la rentrée 2013-2014, avec le collège des Pyramides à Évry. Un groupe de travail réunissant collégiens, parents d'élèves, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale, le conseiller principal d'éducation et un enseignant a abouti au projet Suricates, du nom de ces petits mammifères qui ont un comportement altruiste au sein de leur colonie, certains veillant en sentinelles sur les autres membres. Ce sont les collégiens qui en ont eu

L'ESSENTIEL

▣ Les démarches communautaires ont pour point focal la participation des citoyens.

▣ Exemples, dans le champ de la santé mentale, avec le département de l'Essonne : à Évry, les habitants sont partie prenante dans le fonctionnement du centre de santé, et des groupes de parole permettent de prendre en compte le vécu des habitants.

▣ Au collège les Pyramides à Évry, le programme Suricates consiste en la formation de collégiens qui ont un rôle de sentinelles en prévention du suicide. Toutefois, ce type d'initiative demeure isolé.

l'idée : former des élèves pour veiller sur les autres. Des professionnels du réseau ont donc formé, la première année, des élèves délégués de quatrième, ainsi que des adultes référents du collège et le médiateur de quartier, qui intervient dans l'établissement. Les années suivantes, ce sont des collégiens volontaires, choisis sur lettre de motivation, qui ont été formés.

S. A. : Quels ont été les résultats de cette initiative et les difficultés rencontrées ?

Ph. L. : Ce n'est pas une action avec un début et une fin, mais elle a créé un contexte de prévention. Les élèves

Suricates disposent d'un local pour s'entretenir avec leurs camarades ayant besoin de parler, mais leur rôle n'est pas de traiter les problèmes. Ils facilitent le lien entre les adultes référents et les collégiens en difficulté, qui se tournent plus facilement vers des personnes de leur âge pour se confier. Tous les mois, la quinzaine d'élèves Suricates rencontre une psychologue pour un debriefing. Et les adultes référents du collège se réunissent deux à trois fois par an. Globalement, les collégiens disent que les choses ont changé, que cette initiative leur « donne une place ». Cette action a dépassé sa mission initiale de prévention du suicide pour

s'intégrer dans le projet plus large de l'établissement, visant à développer la convivialité au collège. Elle sensibilise au « mieux vivre ensemble ». Le projet se poursuit au collège Les Pyramides, qui forme chaque année une quinzaine de collégiens de quatrième qui restent Suricates jusqu'à la fin de la troisième. Le réseau de santé n'étant plus financé, nous n'avons pas pu l'étendre à d'autres établissements.

S. A. : Quelles autres illustrations de la démarche communautaire en santé mentale peut-on mettre en avant ?

Ph. L. : En Essonne toujours, trois Groupements d'entraide mutuelle (GEM³) ont été créés sur les communes d'Évry, Étampes et Sainte-Geneviève-des-Bois. Ils sont ouverts aux habitants des quartiers. Ces structures portées en grande partie par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) ont pour but d'aider à la réinsertion. Ce sont les patients eux-mêmes qui gèrent les activités culturelles ou sportives, dans lesquelles peuvent s'impliquer les habitants. C'est un fonctionnement inverse à la ségrégation, car que l'on souffre ou non de troubles mentaux, nous avons tous quelque chose à partager. C'est ce qui se passe lors des repas qui sont organisés tous les samedis midi ou lors des activités. Les personnes extérieures ne sont pas très nombreuses à participer – environ quatre ou cinq d'entre elles sur un groupe d'une cinquantaine de membres –, mais cette porte ouverte que quelques-uns franchissent, c'est une façon d'améliorer le vivre-ensemble qui bénéficie à chacun. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel**, journaliste

1. Association dont le but est de promouvoir la santé par le développement des démarches communautaires. Pour en savoir plus : www.institut-renaudot.fr.
2. Accroissement du pouvoir d'agir de la personne.
3. Espace d'accueil, d'échanges, de rencontres et de convivialité ouvert sur la ville pour des personnes adultes en situation de handicap psychique, et en lien avec l'ensemble de la population.



Quand les étudiants psychologues font du porte-à-porte dans les résidences universitaires

**Entretien avec
Laurentine Véron,**
psychologue, co-directrice d'Apsyttude¹.

La Santé en action : Dans quel contexte l'association a-t-elle lancé le programme « Porte t'apporte » de prévention de la dépression et du suicide auprès des étudiants ?

Laurentine Véron : Les étudiants sont un public à risque par rapport à la population générale. Contrairement aux idées reçues, leur vie n'est pas rythmée que de soirées et d'insouciance. Selon l'enquête de La Mutuelle Des Étudiants (LMDE) de 2012, 4 étudiants sur 10 ont ressenti un sentiment constant de tristesse et de déprime au cours de l'année universitaire ; et d'après l'enquête santé emeVia² de 2015, 1 étudiant sur 10 de l'académie de Lyon a eu des pensées suicidaires.

Nous avons créé l'association en 2010, en réponse à ce mal-être. En partenariat avec le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (Crous) de Lyon, nous proposons des Happs Hours, consultations par des psychologues, offertes dans les résidences universitaires. Les étudiants qui y habitent constituent un public encore plus sensible, parce

qu'ils sont plus jeunes, éloignés de leur cellule familiale, et disposent de faibles revenus. Or, la première année d'implantation, nous avons constaté que les permanences de consultations étaient peu fréquentées, en regard des besoins. Nous nous sommes demandé si c'était parce que les étudiants n'étaient pas au courant ou parce qu'ils n'avaient pas envie de s'y rendre. Nous avons alors imaginé un autre mode d'intervention : le porte-à-porte dans les résidences par des étudiants en psychologie formés spécifiquement. Une recherche-action a permis d'expérimenter le programme en 2012-2013. « Porte t'apporte » a été déployé sur Lyon en 2015-2016 et à Saint-Étienne en 2016-2017.

S. A. : Comment ce programme fonctionne-t-il ?

L. V. : Il consiste à développer la prévention et la promotion de la santé mentale par les pairs. Mais des pairs-experts. Les étudiants en licence ou en master de psychologie bénéficient de soixante-dix heures de formation, dont deux jours sur le protocole de prévention de la crise suicidaire. Leur travail d'intervention est intégré à leur cursus, en tant que stage. Ils sont supervisés par une psychologue. Nous diffusons une annonce par affichage pour informer de leur passage dans les résidences. Les pairs-experts s'y rendent toutes les semaines et vont à la rencontre des étudiants. Ils disposent d'un questionnaire, point de départ de l'échange et moyen de médiation. En fonction de ce que leur confie l'étudiant, ils peuvent apporter différentes solutions : informations sur les consultations offertes, prise de rendez-vous chez un psychiatre, mise

en sécurité d'un résident (récupération des moyens létaux, organisation de son soutien social en ne le laissant pas dormir seul par exemple), accompagnement aux urgences psychiatriques, etc.

S. A. : En quoi cette action constitue-t-elle un levier de promotion de la santé mentale des étudiants ?

L. V. : L'échange leur permet de prendre conscience de leur capital santé mentale et de renforcer leurs compétences pour l'entretenir. Le questionnement – « Quand cela ne va pas, que fais-tu ? », « Quelles sont tes personnes-ressources ? », etc. – ouvre des pistes de réflexion. Si un étudiant a arrêté le sport, les intervenants vont lui donner des informations sur les moyens de le reprendre, s'il s'agit pour lui d'un élément important contribuant à prendre soin de sa santé mentale par exemple.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de cette mobilisation ?

L. V. : À Lyon, 3 000 étudiants étaient potentiellement visés ; 1 500 ont eu des échanges avec les 15 stagiaires psychologues. À Saint-Étienne, 3 stagiaires sont à pied d'œuvre auprès de 850 jeunes, et 350 d'entre eux ont déjà été rencontrés. La démarche est bien acceptée, et les résidents sont très participatifs. Une évaluation a été conduite par Apsyttude avec le soutien du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand³, fondée sur la comparaison de trois groupes d'étudiants qui ont répondu à un questionnaire en début et en fin d'année. Le premier groupe n'était concerné par aucune action, le second pouvait se rendre aux Happs Hours, le troisième bénéficiait

L'ESSENTIEL

▶ À Lyon, puis à Saint-Étienne (région Auvergne-Rhône-Alpes), des étudiants en psychologie de l'association Apsyttude font du porte-à-porte dans les résidences universitaires.

▶ L'objectif est de créer un lien, voire d'aiguiller les étudiants en situation de mal-être vers un accompagnement et/ou une prise en charge. Des psychologues tiennent aussi des consultations gratuites.



© Pierre-Jérôme Jollet - A-M-E-R.com

de Porte t'apporte. C'est dans ce dernier groupe que la diminution du sentiment de détresse, de la dépression et du potentiel suicidaire a été la plus forte : une baisse de plusieurs points. On observe une meilleure connaissance de ce que sont la dépression et le suicide. En faisant reculer un certain nombre d'idées reçues, l'orientation vers les professionnels de la prise en charge est facilitée. La médiation par les pairs donne de bons résultats.

S. A. : Quelles sont les perspectives pour Porte t'apporte ?

L. V. : C'est un dispositif assez lourd, en termes de formation et d'encadrement des stagiaires psychologues. Le projet est soutenu par l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, la région Auvergne-Rhône-Alpes et le Crous de Lyon. Mais pour pérenniser et étendre le projet, il faudrait trouver d'autres sources de financement, notamment de la part des structures bénéficiaires. Il est aussi dommage que la compétence des étudiants-experts

ne soit plus utilisée une fois leur stage fini. Nous rédigeons actuellement différents manuels à l'attention des stagiaires, des chargés de projets, etc., pour pouvoir diffuser notre méthode et qu'elle puisse être portée par d'autres acteurs intéressés : Crous, mutuelles, associations étudiantes par exemple⁴. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. L'association a pour but de favoriser le bien-être des étudiants afin qu'ils s'épanouissent dans leur vie personnelle et universitaire. Site Internet : www.apsytude.com.

2. Réseau national de mutuelles étudiantes de proximité (ex-Usem).

3. Mise en ligne prochainement sur : <http://www.apsytude.com/fr/apsytude/nos-actions/porte-tapporte/>

4. Méthodologie validée par la recherche-action, sous l'égide d'un comité d'appui où sont présents des spécialistes et des scientifiques, comme le Pr Jean-Louis Terra, responsable du Centre de prévention du suicide (CPS) au centre hospitalier Le Vinatier de Lyon, et Emmanuelle Le Barbenchon, maître de conférences en psychologie à l'université de Savoie – Mont Blanc.

Changer les regards sur la santé mentale

Aude Caria,
psychologue, directrice
de Psycom, Paris,
Sophie Arfeuillère,
chargée de mission
Lutte contre la stigmatisation,
Psycom, Paris,
Céline Loubières,
chargée de mission
Participation des usagers,
Psycom, Paris.

Des campagnes de communication dédiées au grand public aux programmes nationaux, en passant par des interventions locales, la lutte contre la stigmatisation en santé mentale se décline sous différentes formes¹. Bien que les évaluations soient peu nombreuses, une synthèse des principales recommandations stratégiques peut être faite à partir des expériences internationales évaluées [1, 2, 3, 4].

Les programmes de communication à visée nationale, voire internationale, proposent une approche complète, multidimensionnelle, articulée autour de campagnes de communication et d'actions locales, qui impliquent de nombreux partenaires.

Le programme national *See Me* (Écosse), financé par le ministère de la Santé, illustre cette approche globale. Initié par un groupement d'associations d'usagers, de proches et de professionnels, il se décline sous

forme de campagnes de communication généralistes ou ciblées, d'actions locales réalisées auprès de publics ciblés – scolaires, entreprises, associations d'usagers... – et d'interventions régulières auprès des médias (www.seemescotland.org/).

Les campagnes de communication sont ponctuelles et proposent une approche très généraliste du thème traité. Elles utilisent les outils du marketing social et se déclinent sur tout support : télévision, radio, Internet, presse, spots, affiches.

La campagne « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques² » (France) comme la *Time to Change* (Royaume-Uni) sont axées sur un message de tolérance vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques ; elles ciblent la population générale [5]. D'autres campagnes mettent l'accent sur une pathologie [6] ou sur un public spécifique, en gardant pour objectif l'amélioration des connaissances et le développement d'un regard tolérant.

Semaines d'information sur la santé mentale

D'autres interventions se sont développées, privilégiant trois critères jugés importants : une approche locale, une approche ciblée et une approche réduisant la distance sociale entre le grand public et les personnes concernées par un trouble psychique.

Les Semaines d'information sur la santé mentale (Sism), organisées depuis vingt-sept ans en France, réunissent ces trois critères. Chaque année, sur un thème différent, des événements sont organisés partout en France par des patients, des professionnels, des élus, etc. pour ouvrir des espaces de rencontres et de débats avec la population.

LE PSYCOM, POUR CHANGER LE REGARD

Le Psycom lutte depuis plusieurs années contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques. Il met à disposition informations, outils, formations et un accompagnement méthodologique en collaboration étroite avec des personnes vivant avec des troubles psychiques. Le fait de changer le regard porté sur ces maladies permet d'agir positivement auprès des personnes concernées, en favorisant leur rétablissement et leur intégration. L'objectif est aussi de faciliter l'accès aux soins précoce, car le tabou persistant autour de ces maladies empêche parfois le recours aux aides. Ce travail répond aux grandes orientations de prévention et de promotion de la santé mentale, déclinées dans la loi de santé de 2016.

En 2016, plus de 1 260 actions ont eu lieu sur le thème « Santé mentale et santé physique : un lien vital », donnant lieu à un millier d'articles dans la presse locale (www.semaine-sante-mentale.fr).

Recommandations

Fondés sur l'évaluation de toutes ces expériences, des constats et des recommandations ont été établis [1] :

- les campagnes d'information généralistes sur les stéréotypes et sur les attitudes ont un faible impact sur la stigmatisation et la discrimination, pour un coût élevé [7, 8] ;
- l'augmentation des connaissances de la population sur les troubles psychiques et leurs soins :
 - améliore l'acceptation du recours aux soins psychiatriques,

L'ESSENTIEL

❏ **Comment lutter contre la stigmatisation ? Des scientifiques ont passé au crible de l'évaluation les différents outils d'intervention (communication, actions de proximité, etc.) les plus couramment utilisés.**

❏ **Ils ont constaté en particulier que les résultats s'avèrent les plus favorables lors d'actions auprès de petits groupes et auprès de publics ciblés (écoles, monde du travail, mairies).**

❏ **À titre d'exemple, l'arbre aux idées reçues est un outil conçu par le Psycom pour susciter réflexion et débat ; il déconstruit en petit groupe les a priori communément répandus sur la santé mentale.**



© Pierre-Jérôme Jéhiel - A-M-E-R.com

– mais modifie peu les attitudes et les comportements stigmatisants [9], – et n'a pas d'impact sur la perception stéréotypée, selon laquelle une personne concernée par des troubles psychiques représenterait un danger potentiel pour autrui [10] ;

- les résultats s'avèrent plus favorables lors d'actions menées auprès de petits groupes et sur des publics ciblés (écoles, monde du travail, mairies, etc.), avec un message adapté à chaque public ;
- les effets des actions ne durent pas longtemps [7, 8] ;
- l'évaluation des effets des actions de lutte contre la stigmatisation sur les représentations, les attitudes et les comportements est complexe, et les outils méthodologiques manquent [5, 7, 8].

Un impact sur le quotidien des personnes

Les études menées depuis vingt ans montrent que les stéréotypes attachés aux malades psychiques sont les suivants : ces personnes sont dangereuses, imprévisibles et irresponsables ; il convient d'en avoir peur et donc de les tenir en marge de la communauté et/ou de les en exclure [9]. La stigmatisation a un fort impact sur le quotidien des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Le poids du diagnostic et les discriminations qui en découlent représentent parfois une difficulté majeure à laquelle la personne doit faire face [11]. De nombreuses études [9] prouvent une discrimination dans différents domaines : emploi, logement, soin (accès, adhésion

du patient, pronostic) ou relations interpersonnelles. L'ensemble de ces éléments conduit à une détérioration de la qualité de vie.

La lutte contre les discriminations liées à la stigmatisation est devenue l'affaire de tous. Chacun tient en main un levier d'action : les personnes concernées par les troubles psychiques et leurs proches, pour témoigner et défendre leurs droits ; les professionnels du soin et de l'accompagnement, par des pratiques respectueuses des droits, orientées vers le rétablissement ; les médias, lanceurs d'alerte et porte-voix ; les élus, acteurs du bien-être des habitants ; ou tout citoyen, dans ses opinions et ses attitudes au quotidien. En gardant à l'esprit que le plus puissant levier pour agir et changer la situation reste

l'empowerment des personnes directement concernées. Pour mémoire, selon l'Organisation mondiale de la santé, l'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie [3]. La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements [12]. ■

1. Un recensement est proposé sur le site du Psycom: www.psycom.org/Comment-agir/Inspirez-vous-des-autres

2. Première campagne grand public sur le thème des troubles psychiques, lancée en 2005 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS), l'Association des maires de France (AMF), la Fédération nationale des usagers en psychiatrie (Fnapsy) et l'Union nationale de famille et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam). En ligne : www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=campagne-de-sensibilisation-nationale%C2%A0-%C2%AB%C2%A0accepter-les-diff%C3%A9rences-%C3%A7-vaut-aussi-pour-les-troubles

L'ARBRE AUX IDÉES REÇUES, OUTIL DE MÉDIATION SUR LES MYTHES ET LES RÉALITÉS DE LA SANTÉ MENTALE

L'arbre aux idées reçues vise à ouvrir le dialogue sur les mythes et réalités autour de la santé mentale. Pour interpeller le public, attirer le regard et susciter sa curiosité, des supports visuels et esthétiques sont indispensables. L'arbre aux idées reçues est une structure en forme d'arbre, à taille humaine, à laquelle sont suspendues des fiches qui offrent un recto verso informatif : un côté aborde une idée reçue (le mythe), l'autre côté apporte un contrepoint argumenté (la réalité).

L'arbre aux idées reçues, animé en direct sur des stands, lors de rencontres ou d'événements, permet d'interpeller le public et de débattre sur la question de la stigmatisation, des discriminations, et aussi des troubles psychiques et des soins. Le face-à-face engagé entre public profane et animateur.trice permet de déconstruire les

préjugés des populations qui craignent d'aborder des personnes vivant avec des troubles psychiques. Les échanges sont alors complétés par l'apport d'informations fiables et complètes.

Depuis 2013, le concept de ce support, mis à disposition par le Psycom sur son site, a été décliné par différents acteurs à l'occasion des Semaines d'information sur la santé mentale. Les contenus *Mythes et Réalités* sont en accès libre et gratuit sur le site du Psycom (sous forme de fiches ou d'affiches).

Il est également proposé un accompagnement des acteurs qui veulent s'approprier l'outil, en favorisant le partenariat avec des usagers des services de psychiatrie. L'arbre aux idées reçues a ainsi été développé à La Rochelle (Charente-Maritime) et à Brumath (Bas-Rhin), selon des processus et avec des formats différents.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Lamboy B., Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. Paris : *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2012, vol. 171, n° 2 : p. 77-82. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.022>

[2] Caria A., Arfeuillere S., Vasseur-Bacle S., Loubières C. Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 25-27. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf>

[3] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Empowerment et santé mentale, *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>

[4] Stuart H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution, *Santé mentale au Québec*, printemps 2003, vol. 28, n° 1 : p. 54-72. En ligne : <https://www.erudit.org/revue/smq/2003/v28/n1/006981ar.pdf>

[5] Sampogna G., Bakolis I., Evans-Lacko S., Robinson E., Thornicroft G., Henderson C. The impact of

social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009–2014 Time to Change programme. *European Psychiatry*, décembre 2016, n° 40 : p. 116–122. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/311792570_The_impact_of_social_marketing_campaigns_on_reducing_mental_health_stigma_Results_from_the_2009-2014_Time_to_Change_programme

[6] Briffault X., Caria A., Finkelstein C., Hérique A., Nuss P., Terra J.-L. *et al.* *La dépression, en savoir plus, pour s'en sortir*. Paris : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2008 : 92 p. En ligne : http://www.info-depression.fr/dist/_doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf/

[7] Clement M. La participation, les temps de la parole et le mouvement des usagers des services de santé mentale au Québec. *Le Partenaire*, été 2011, vol. 20, n° 2 : p. 4-13. En ligne : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/partenaire-v20-n2.pdf>

[8] Clement S., Lassman F., Barley E., Evans-Lacko S., Williams P., Yamaguchi S. *et al.* Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Systematic Review*. 2013,

vol. 23, n° 7 : 147 p. En ligne : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009453.pub2/epdf>

[9] Giordana J.-Y. (dir.) *La Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Actes du Congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française*. Paris : Elsevier Masson, 2010.

[10] Pescosolido B. The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social Behavior*, mars 2013, vol. 54, n° 1 : p. 1-21. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4437625/pdf/nihms687348.pdf>

[11] Lasalvia A., Zoppei S., Van Bortel T., Bonetto C., Cristofalo D., Wahlbeck K. *et al.* Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 5 janvier 2013, vol. 381, n° 9860 : p. 55-62. En ligne : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61379-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61379-8/fulltext)

[12] Wallerstein N. Quelles sont les preuves de l'efficacité de « l'empowerment » dans l'amélioration de la santé ? Health Evidence Report, Organisation mondiale de la santé, 2006.

En Drôme, professionnels et associations en réseau pour la santé mentale

Entretien avec

Christelle Guérault,

chargée de projet en santé mentale,
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (Ireps),
Drôme.

La Santé en action : En quoi l'approche territoriale du département de la Drôme consiste-t-elle en matière de santé mentale ?

Christelle Guérault : Le département est vaste, avec des bassins de vie très différents d'un point à l'autre ; certains territoires sont assez isolés des principaux axes de communication. Les habitants comme les professionnels ne rencontrent pas les mêmes difficultés concernant la mobilité, la vie active, l'accès aux soins, etc. La prévention du suicide fait partie des priorités du programme régional de santé.

La particularité de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) est d'accompagner les professionnels sur des territoires bien délimités afin d'être au plus près des besoins de la population. C'est pourquoi, en Drôme, nous avons créé cinq réseaux Prévention suicide et mal-être, dont l'objectif est de soutenir la dynamique de collectifs sur la promotion de la santé mentale, ainsi que sur la prévention de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire. Notre mission est d'animer ces réseaux de Montélimar, Crest, Die, Nyons et du nord de la Drôme.

S. A. : Comment ces réseaux fonctionnent-ils ?

Ch. G. : Ces réseaux rassemblent des professionnels et des bénévoles aux champs de compétences variés : soignants (médecins, infirmiers, psychologues...), intervenants du secteur social (éducateurs, animateurs de maisons des jeunes et de la culture – MJC, assistantes sociales...) et aussi enseignants, représentants d'associations comme l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), des élus des centres communaux d'action sociale (CCAS), etc. Notre but est de favoriser la rencontre et l'échange entre ces professionnels et ces personnels associatifs, et ce afin de favoriser les regards croisés sur la santé mentale et de réfléchir à une cohérence des actions pour développer

la santé mentale positive : c'est-à-dire considérer la santé mentale comme une ressource et favoriser la mise en œuvre de facteurs de protection auprès du grand public. Nous organisons cinq fois par an la rencontre de ces différents acteurs, soit une quarantaine de personnes. Une fois par an se tient une journée inter-réseaux ; en janvier 2016, elle a été consacrée au suicide des jeunes et a réuni 130 personnes. Un théâtre forum a permis aux participants d'échanger. D'autre part, nous accompagnons les professionnels en leur proposant des formations telles que « Le repérage de la crise suicidaire » ou « La déstigmatisation de la maladie mentale », en partenariat avec le centre Jean-Bergeret de Lyon et le Psycom.

S. A. : Quels types d'actions ces réseaux mènent-ils et auprès de quel public ?

Ch. G. : Les actions, très diverses et concernant tous les âges de la vie, peuvent aussi bien porter sur l'amélioration du climat scolaire pour éviter le stress chez les élèves que sur la lutte contre l'épuisement (burn out) au travail. Au lycée polyvalent François-Jean-Armorin de Crest, la diffusion du documentaire *Les Voix de ma sœur*¹, suivie d'un débat, a permis aux élèves de terminale d'aborder le sujet de la schizophrénie. Un travail d'accompagnement d'une équipe éducative autour de la question des troubles du comportement a été réalisé au collège Étienne-Jean-Lapassat à Romans-sur-Isère. L'objectif était d'accompagner l'équipe pédagogique dans son appréhension de cette question des troubles du comportement, pour ne pas toujours les psychiatriser et afin d'identifier les ressources pour accompagner les élèves et les partenaires du territoire en mesure de les aider (éducateurs de prévention spécialisée, point écoute jeunes, centre médico-psychologique, etc.). À Valence, une initiative est menée pour accompagner les étudiants dans la transition scolarité-travail afin qu'ils s'approprient leur nouveau statut de stagiaire ou d'apprenti dans un contexte de santé mentale positive. D'autres interventions de l'Ireps concernent les personnes âgées ; ainsi, un projet repose sur le développement de l'échange intergénérationnel entre les élèves d'un lycée et les usagers d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), sur le thème de la relation amoureuse.

L'ESSENTIEL

► **L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) anime, sur le département de la Drôme, des réseaux de santé mentale « Prévention suicide et mal-être ».**

► **La Drôme s'est dotée de cinq réseaux territoriaux de Prévention suicide et mal-être à Montélimar, Crest, Die, Nyons et dans le nord de la Drôme.**

S. A. : Quelles perspectives envisagez-vous dans l'animation de ces réseaux ?

Ch. G. : Il n'est pas évident de mobiliser les acteurs pour participer aux rencontres qui viennent se greffer sur un emploi du temps déjà chargé. Malgré cela, nous souhaitons également ouvrir les réseaux aux professionnels de la psychiatrie afin de les amener du soin vers la prévention. Par ailleurs, nous souhaitons aussi impliquer des professionnels autres : salariés de Pôle emploi, de la Caisse d'allocations familiales (CAF), de la bibliothèque municipale, etc. Ils ne sentent pas légitimes pour œuvrer dans un réseau de santé mentale, celle-ci étant souvent réduite à son versant négatif, la pathologie. Or la santé mentale, vue comme une ressource, est l'affaire de tous. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Portrait-témoignage d'Irène, souffrant de schizophrénie depuis vingt ans, *Les Voix de ma sœur* prend la forme d'un journal intime à plusieurs voix : celle d'une patiente, décrivant avec lucidité sa pathologie, celle de sa famille combattant la culpabilité et le déni, celles de ses soignants de l'hôpital Saine-Anne à Paris. Documentaire de Cécile Philippin.

Pour en savoir plus sur la prévalence du suicide et des tentatives au niveau régional et départemental : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Tentatives-de-suicide-et-suicides>

Au travail : agir sur l'organisation pour promouvoir la santé mentale

Vincent Grosjean,
docteur en psychologie
du travail,
chargé de recherche
à l'Institut national
de recherche et sécurité (INRS),
Vandœuvre-lès-Nancy.

Les environnements du travail sont en pleine mutation. La généralisation des Smartphones et du mail véhicule une culture de l'instantanéité – il faut répondre tout de suite – et du permanent : l'information ne connaît plus de frontière entre le temps du travail et celui de la vie privée. Cette culture est perçue comme mettant en danger la santé mentale et sociale dès lors qu'elle est associée à des termes tels que « surcharge informationnelle », « burn out » ou « épuisement ». On cherche aujourd'hui à prendre en compte cette nouvelle mise en danger. Cependant, nos sociétés n'ont pas encore adopté de solution satisfaisante vis-à-vis des atteintes et des risques issus du travail qui l'ont précédée : la montée du stress dans les années 1990, le sujet du harcèlement moral qui émerge en 1998-2000, puis celui des suicides dans des groupes industriels français, à partir de 2008. Dans bien des cas, en arrière-plan des imputations de responsabilités individuelles, se trouvent des déterminants organisationnels et structurels, eux-mêmes liés à une recherche de performance économique conçue en dehors de toute réflexion humaniste et sociale. Les acteurs de prévention ont cherché à considérer ces risques touchant à la santé mentale et sociale sur la base de cadres proches de ceux existant pour les risques technologiques relatifs à la santé physique.

Dès 2002, parallèlement à cette approche par risques, sont apparues des prises de position politique visant à aborder ces questions par le versant positif [1]. Ces textes soulignent que le travail est potentiellement le premier

vecteur d'une insertion sociale gratifiante et incitent à promouvoir des pratiques organisationnelles saines, favorables à l'efficacité collective sur le plan de la santé sociale et de la performance, tout en prévenant ces risques. Un document européen de cadrage des politiques de santé dans l'entreprise, encourageant au développement de politiques de bien-être au travail, a proposé cette voie de développement économique et social aux pays membres de l'espace communautaire [1]. Il a proposé en fait l'adoption de pratiques déjà en usage à l'époque dans les pays scandinaves, au premier rang desquels se trouve la Finlande, dont l'économie était alors en plein essor économique, notamment grâce à Nokia.

La psychologie positive dans le cadre du travail

La psychologie positive, dont est issu le concept de bien-être, est en phase avec ces orientations politiques. Ce courant s'intéresse au comportement optimal de l'homme, des groupes, des organisations. Dans le champ du travail, un groupe réunissant des spécialistes européens du bien-être au travail a mis en avant que celui-ci devait être considéré comme un état subjectif caractéristique d'un fonctionnement social optimal. La personne en état de bien-être est ainsi reconnaissable par son intelligence sociale et son aptitude à exprimer toutes ses compétences dans un groupe humain. Les organismes de prévention s'exprimant par la voix de ce collectif de chercheurs européens considèrent également que le bien-être au travail ne doit pas être confondu avec une parfaite santé. En effet, il concerne aussi les personnes souffrant de handicaps ou de maladies chroniques. Le maintien de la capacité à se réaliser professionnellement a

L'ESSENTIEL

▣
▣ **La santé mentale des personnes actives est en péril lorsqu'une recherche de performance économique est conçue en dehors de toute réflexion humaniste et sociale.**

▣ **Pour contrer ces risques, le milieu du travail doit se doter de pratiques organisationnelles dites saines, comme cela a été développé depuis plus d'une décennie en Finlande et dans les autres pays scandinaves.**

▣ **Une personne en état de bien-être au travail est ainsi en capacité de fonctionner de façon optimale dans un groupe. Comme l'a démontré un collectif de chercheurs européens, le maintien de la capacité à se réaliser dans son environnement professionnel conditionne tout le reste.**

▣ **Instaurer une politique de bien-être en entreprise, c'est structurer des espaces de paroles bienveillants, y conduire des échanges précisant la nature des tensions vécues collectivement ou individuellement, puis réfléchir constructivement sur la meilleure façon de les réduire.**

également émergé comme un point central de ce consensus européen visant à définir le bien-être au travail [2].

Parallèlement à ces recherches, des travaux conduits à l'Institut national de recherche et sécurité (INRS) sur le sujet nous ont amenés à souligner que les dysfonctionnements dans la sphère psychosociale de l'entreprise susceptibles d'évoluer vers de réelles pathologies commençaient souvent par des réactions émotionnelles normales, qui constituent des réponses à visée adaptative par rapport aux sollicitations de l'environnement perçu. Ainsi, le stress chronique (ou stress dépassé) est-il l'exacerbation d'une réponse émotionnelle



© Pierre-Hélène Babel - A.M.E.R.com

« LA CONSTRUCTION D'UN ENVIRONNEMENT SAIN NE CONSISTE PAS À SUPPRIMER LES TENSIONS, MAIS À PERMETTRE QU'ELLES SOIENT SYSTÉMATIQUEMENT TRAITÉES DANS UN TEMPS AUSSI COURT QUE POSSIBLE. »

Toute la difficulté pour la mise en œuvre de ces approches consiste à bâtir un cadre dans lequel les personnes pourront aborder des

face à un environnement sollicitant. La tension ressentie est adaptative. Lorsqu'elle ne peut être résolue et que, dès lors, elle se prolonge, elle conduit à l'épuisement de la personne. Ce lien entre une réponse adaptative et une dégradation se trouve tant dans le stress dépassé que dans le burn out. La tension vécue est donc normale, c'est son absence de résolution dans un temps raisonnable qui entraîne une décompensation très difficilement réversible. La construction d'un environnement sain ne consiste pas à supprimer les tensions, mais à permettre qu'elles soient systématiquement traitées dans un temps aussi court que possible.

Quelles approches pour préserver la santé ?

Les approches du bien-être au travail développées par l'INRS visent précisément à identifier et à écouter précocement de telles tensions, non pas simplement pour qu'elles soient entendues, mais également pour les intégrer dans un processus de retour d'information structuré visant à apporter des solutions, c'est-à-dire à transformer l'environnement qui les a générées. Instaurer une politique de bien-être en entreprise revient donc à structurer des espaces de paroles bienveillants, à y conduire des échanges précisant la nature des tensions vécues collectivement ou individuellement, puis à réfléchir constructivement sur la meilleure façon de les réduire [3].

sujets qui mettent en cause des pratiques organisationnelles, managériales ou décisionnelles sans pour autant incriminer, lors des échanges, les parties pour lesquelles un changement de pratique ou d'attitude serait souhaitable. À une grille de lecture qui active des réactions d'ego blessé chez ceux qui se sentent mis en cause lors de la mise à jour des tensions, il faut substituer une autre grille qui considère que toute tension mise à jour constitue une opportunité d'amélioration du fonctionnement collectif. Les critiques, une fois examinées collectivement, deviennent autant de marges de progrès à inventer.

Des espaces de débat à instaurer

En France, le cadre législatif est très favorable à l'instauration d'espaces de discussion sur le travail. Les lois Auroux (datant des années 1980) et, très récemment, la loi travail instaurent la possibilité légale de tels échanges. Il n'est pas rare que des accords d'entreprise structurent la mise en place de ces échanges. Toutefois, dans la réalité des pratiques, des freins culturels existent et l'utilisation de ces espaces d'expression reste relativement rare. Dans les organisations hiérarchisées, ce type d'espace est encore trop souvent perçu comme mettant en cause cette hiérarchie qui reste assez traditionaliste.

Le système de prévention dans sa composante de santé mentale et sociale, tel qu'il existe actuellement,

reste axé sur des situations de dégradation avérée. Les services de santé au travail (organisés autour du médecin du travail) et le réseau de consultations de souffrance au travail sont outillés pour agir face à des situations d'atteinte avérée, en s'appuyant sur un cadre juridique de moins en moins permissif face aux organisations qui laissent perdurer des situations de grande souffrance. À côté de cela, d'autres entreprises font résolument le choix d'une politique de bien-être, où la confiance et l'initiative individuelle sont possibles. Elle s'appuie sur un droit à l'erreur et des rapports humains fluides où l'expression de tous est encouragée [4]. Une conception renouvelée de la performance, incluant une réflexion sur l'éthique et la raison d'être de l'entreprise, est souvent associée à cette nouvelle vision du travail. ■

Pour en savoir plus sur la souffrance au travail parmi les études réalisées par Santé publique France : Khireddine I., Lemaître A., Homère J., Plaine J., Garras L., Riol M.-C., et al. ; Groupe MCP 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP BEH, 2015, n° 25 : p. 431-438.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Union européenne. *S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006*. Bruxelles : Commission des Communautés Européennes, 2002 : 19 p. En ligne : <http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/envi/20020422/118118fr.pdf>
- [2] Fishwick D., Lunt J., Trainor M., Gervais R., Curran A., Robinson E. et al. *Work and Wellbeing: A European consensus from PEROSH*. Under submission to Occupational and Environmental Medicine, 2012.
- [3] Grosjean V., Formet N., Althaus V., Kop J.-L., Brangier É. Recherche et développement conceptuels autour du bien-être au travail. *Entre mesure et action. Références en santé au travail*, décembre 2014, n° 139 : p. 29-39. En ligne : <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TC%20148>
- [4] Karsenty L. *Quel management pour concilier performances et bien-être au travail ?* Toulouse : Octares éditions, coll. Le travail en débats, hors-série, 2015 : 208 p.

Le précédent dossier consacré à la santé mentale dans *La Santé en action* est paru en mai-juin 2011 (n° 413, en ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/413.asp>). Sa rubrique « Pour en savoir plus » portait plus spécifiquement sur l'*empowerment*. Dans ce dossier, nous avons choisi de signaler les documents de référence en santé mentale, qui ne la définissent plus seulement comme étant l'absence de troubles mentaux, mais également comme faisant partie intégrante de la santé et du bien-être.

Manon Jeuland,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

RAPPORTS, DOCUMENTS DE CADRAGE

- **Hardy-Baylé M.-C.** *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique [rapport]*. Versailles : Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, 10 septembre 2015 : 198 p. En ligne : http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf
- **Haut Conseil de la santé publique.** *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [rapport]*. Paris : HCSP, coll. Évaluation, avril 2016 : 226 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20160310_evalplanpsysantementale20112015.pdf
- **Haut Conseil de la santé publique.** *Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 [rapport]*. Paris : HCSP, coll. Évaluation, mars 2016 : 72 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20160303_evaluationplansuicide20112014.pdf
- **Laforcade M.** *Rapport relatif à la santé mentale*. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, octobre 2016 : 112 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
- **Ministère des Affaires sociales et de la Santé.** *Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2011 : 96 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf
- **Ministère chargé de la Santé, ministère chargé des Solidarités.** *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012 : 42 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
- **Moro M.-R., Brison J.-L.** *Mission bien-être et santé des jeunes*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2016 : 103 p. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/2016/09/2/Rapport_Mission_Bien-etre_et_sante_des_jeunes_674092.pdf
- **Observatoire national du suicide.** *Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives [2^e rapport]*. Paris : ONS, 2016 : 479 p. En ligne : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- **Organisation de coopération et de développement économiques.** *Comment va la vie ? 2015. Mesurer le bien-être*. Paris : éditions OCDE, 11 mars 2016 : 283 p. En ligne : http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/economics/comment-va-la-vie-2015_how_life-2015-fr#.WDcS7H2z76k + outil interactif : <http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr>
- **Organisation de coopération et de développement économiques.** *Santé mentale et insertion professionnelle. De la théorie à la pratique*. Paris : éditions OCDE, 2015 : 173 p. En ligne : http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/employment/sante-mentale-et-insertion-professionnelle_9789264242074-fr#.WDcTLn2z76k#page175
- **Organisation mondiale de la santé.** *Le bien-être mental de l'adolescent. [Fiche descriptive]*. Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe, 15 mars 2016 : 4 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/303572/HBSC-No.7_factsheet_Well-being_FR.pdf?ua=1
- **Organisation mondiale de la santé.** *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Genève : OMS, 2013 : 50 p. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
- **Organisation mondiale de la santé.** *Plaidoyer en faveur de la santé mentale. Guide des politiques et des services de santé mentale*. Genève : OMS, 2005 : 62 p. En ligne : http://www.who.int/mental_health/policy/Plaidoyer_en_sante_mentale_final.pdf?ua=1
- **Organisation mondiale de la santé.** *Atlas de la santé mentale 2014*. Genève : OMS, 2015 : 67 p. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204409/1/9789241565011_fre.pdf?ua=1

• **Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial.** Genève : OMS, 2014 : 60 p. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1

ARTICLES ET OUVRAGES

• **Zimmermann J.-F., Auzer M., Lanefrede M.-L. Dépression, risque suicidaire : le sujet âgé au cœur du soin.** *Objectif soins & management : la revue des cadres de santé*, 2014, vol. 1, n° 222 : p. 16-22.

• **Léon C., Beck F. dir. Les Comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010.** Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : 196 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

• **Beetlestone E. La participation des usagers : Qu'est-ce que ça change pour le psychiatre ?** *Pratiques en santé mentale*, 2016, n° 2 : p. 19-22.

• **Caria A., Arfeuillère S., Vasseur-Bacle S., Loubières C. Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ?** *La Santé de l'homme*, 2012, n° 419 : p. 25-27. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf>

• **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. Actes du séminaire recherche [document de travail].** Paris : Drees, série Études et Recherches, avril 2014, n° 129 : 46 p. En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>

• **Du Roscoät E., Léon C., Sitbon A., Briffault X. Appréhender la santé mentale des collégiens : un croisement d'indicateurs.** *Agora Débats/Jeunesses*, 2016, vol. 4, hors-série, p. 57-78. En ligne : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=AGORA_HS01_0057

• **Ehrenberg A. La Société du malaise.** Paris : Odile Jacob, 2010 : 448 p.

• **Ehrenberg A. L'autonomie au cœur du malaise de la société française.** *Pratiques en santé mentale*, 2016, n° 3 : p. 5-9.

• **Fayard A., Caria A. Les questions liées à la santé mentale.** *La Santé de l'homme*, 2012, n° 420 : p. 29-33. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-420.pdf>

• **Lamboy B. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques : une synthèse de la littérature.** *La Santé de l'homme*, 2012, n° 419 : p. 28-29. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf>

• **Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques [fascicule].** *Travail et Emploi*, 2012, n° 129 : 94 p. En ligne : <https://travailemploi.revues.org/5489#text>



© Pierre-Jérôme Jébel - A.-M.-E.-R.com

• **Santé mentale en population générale [fascicule].**

L'Encéphale, 2010, vol. 36, n° 3 : p. 1-64. En ligne : <http://www.em-consulte.com/revue/ENCEP/36/3S1/table-des-matieres/>

ORGANISMES ET SITES INTERNET

• Ascodocpsy

Créé voici près de trente ans, ce réseau documentaire en santé mentale a été reconnu groupement d'intérêt public (GIP) en 2000. Ascodocpsy rassemble 98 établissements de santé mentale, dans le but de promouvoir et de valoriser l'information et la documentation en santé mentale.

<http://www.ascodocpsy.org/>

• Association canadienne pour la santé mentale

L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est un organisme bénévole œuvrant à l'échelle nationale. Il tend à promouvoir la santé mentale de tous, à favoriser la résilience et le rétablissement des personnes ayant une maladie mentale. Son action couvre la défense des droits, l'éducation, la recherche et les services. <http://www.cmha.ca/fr/>

• Centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France)

Le CCOMS est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/>

• Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)

À ce jour, cette fédération regroupe 59 associations d'environ 5 000 usagers – la plupart en psychiatrie. Leur direction en est confiée aux adhérents eux-mêmes. La Fnapsy facilite l'action de ces associations, aide à la création de nouvelles, dédramatise la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades par une information appropriée. Ainsi, la Fnapsy œuvre dans les domaines de l'entraide, de la protection et de la défense des intérêts des adhérents ; elle accueille les personnes ayant été soignées en psychiatrie et les oriente vers les associations d'usagers capables de les aider.

<http://www.fnapsy.org>

• France-Dépression

France-Dépression est une association loi 1901 soutenue par le ministère de la Santé. Créée en 1992, à l'initiative d'un groupe de patients réunis autour des D^{rs} Christian Gay et Dominique Attar-Lévy, France-Dépression compte environ 1 500 adhérents (patients, familles, professionnels de santé, grand public). Ses missions : soutenir les personnes souffrant de troubles dépressifs et leur entourage, informer le grand public et participer à des programmes de recherche.

<http://www.france-depression.org/>

• Institut Renaudot

Ce centre de ressources a pour vocation de promouvoir les pratiques de santé communautaire. Outre les formations sur la démarche communautaire, l'institut accompagne sur le terrain les acteurs concernés, au travers de diagnostics, de conseils méthodologiques, d'échanges de pratiques et de recherches-actions. L'institut Renaudot publie des ouvrages en santé communautaire et dispose d'un centre de documentation ouvert au public.

<http://www.institut-renaudot.fr/>

• Lignes de téléphonie consacrées à la santé mentale

Dans le domaine de la santé mentale, Santé publique France finance les lignes de téléphonie suivantes :

S.O.S. Amitié : 01 40 09 15 22 (numéro fédéral qui réoriente vers des numéros locaux). *En ligne* : <http://www.sos-amitie.com>

Suicide Écoute : 01 45 39 40 00. *En ligne* : <http://www.suicide-ecoute.fr/>

SOS Suicide Phénix : 01 40 44 46 45. *En ligne* : <https://www.sos-suicide-phenix.org/>

Une liste plus complète est disponible dans le *Guide santé mentale : soins, accompagnement & entraide à Paris*, édité par le Psycom en 2014, p. 144. *En ligne* : http://www.psycom.org/file/download/32548/613497/file/GS75_Web.pdf

• Observatoire santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés (Orspere-Samdarra)

L'observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (Orspere), né dans les années 1990, s'est étendu dans toute la France en 2007, à travers la création du réseau Samdarra, *via* les tutelles régionales de santé. Il en a résulté l'Observatoire national Orspere-Samdarra, aujourd'hui hébergé par le centre hospitalier Le Vinatier et dirigé par le médecin psychiatre Halima Zeroug-Vial. Cet organisme s'intéresse aux liens entre les questions de santé mentale et les problèmes sociétaux (précarité, vulnérabilité, migration, etc.). Son équipe pluridisciplinaire comprend un pôle recherche, dont l'objectif est de documenter, caractériser, « problématiser » l'évolution des publics et les enjeux de l'exercice de métiers, et un pôle ressource, chargé de répondre aux demandes et aux sollicitations des professionnels sur les thématiques portées par Orspere-Samdarra.

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>

• Psycom

Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, ouvert à toute personne concernée (patient ; proche ; professionnel de santé ; professionnel des secteurs social, médico-social, éducatif, de la justice ; élu ; journaliste, etc.). Il aide à mieux comprendre les troubles psychiques, leurs traitements et l'organisation des soins

psychiatriques. Pour tous ses projets, le Psycom travaille systématiquement avec des usagers, proches et professionnels et des membres d'associations d'usagers en santé mentale. Son site présente un annuaire des structures de soins psychiatriques existant dans les départements 75, 77 et 93 et, bientôt, celles des départements 92 et 94.

<http://www.psycom.org/>

• Santé, Communauté, Participation (Sacopar)

Sacopar est une association belge dont l'objet social est de promouvoir et de développer la citoyenneté dans le domaine de la santé par la participation de la population. Elle assure une assistance logistique et méthodologique, notamment par la mise en place de formations ; la communication (édition de publications et de répertoires de ressources et d'expériences) ; la recherche et l'évaluation. Sacopar organise également des colloques, tables rondes et séminaires.

<http://www.sacopar.be>

• Santé mentale et Communautés

Cette association, pionnière de la psychiatrie de secteur – constituée dans l'entre-deux psychiatrie des années 1960 –, a pour but de soigner, dans leur milieu de vie habituel, les personnes souffrant de troubles psychiques. En promouvant des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique, elle évite ainsi aux malades l'exclusion sociale et tend à faciliter leur réinsertion dans la société.

<http://www.smc.asso.fr/index.php>

• Santé mentale France

Santé mentale France est née de la récente fusion entre la fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine – mouvement national en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques –, et la fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (Agapsy). 300 associations et 130 établissements de soins publics et privés adhèrent à cette fédération, dans une dynamique régionale. Cette nouvelle entité se donne pour mission de développer la prévention et l'innovation des soins psychiatriques de l'adulte et de l'enfant.

<https://santementalefrance.fr/>

• Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam)

Depuis 1963, l'Unafam accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les familles et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques importants (schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions sévères, psychoses graves et troubles obsessionnels compulsifs, essentiellement). L'Unafam reçoit également les parents d'enfants et d'adolescents présentant des troubles psychiques. Cette association compte environ 14 000 adhérents.

<http://www.unafam.org/>

• Université du Québec à Montréal – Section de psychologie communautaire

La section de psychologie communautaire de l'université de Québec à Montréal traite de la psychologie communautaire, présente l'actualité de la discipline et les formations correspondantes à travers le monde. Elle recense également des ressources permettant de se familiariser et d'approfondir ses connaissances sur le thème.

<http://communautaire.uqam.ca/>

C'est un lieu unique en France : la Maison des femmes de Saint-Denis (93) accueille et prend en charge les femmes victimes de violences, avec une approche globale combinant médical et psychosocial.

« La Maison des femmes répond à un besoin de prise en charge globale des violences »

Entretien avec

Ghada Hatem-Gantzer,

praticien hospitalier, médecin chef,
Maison des femmes,
centre hospitalier Delafontaine,
Saint Denis (93).

La Santé en action : Pourquoi créer spécifiquement une Maison des femmes pour prendre en charge les victimes de violences ?

Ghada Hatem-Gantzer : Apporter des réponses concrètes, même partielles, à la question des violences faites aux femmes (dont le coût pour la société est par ailleurs exorbitant) répond à un véritable besoin de santé publique. Les violences ont un impact direct sur la santé, tant physique que psychique, et la porte d'entrée pour cette prise en charge est souvent médicale. C'est à leur médecin traitant, leur sage-femme, leur gynécologue que les femmes, parfois, se confient. Et c'est bien à la médecine de s'occuper aussi de « ces choses-là », c'est-à-dire l'aspect psychosocial, lequel a fort à faire avec l'aspect médical. Il est difficile de séparer l'un de l'autre dès lors que vous vous intéressez au parcours de vie du patient. Si vous leur en offrez l'opportunité, les femmes évoquent sans détour les violences qu'elles subissent. À partir du moment où vous vous autorisez à prendre en charge la personne dans toutes ses dimensions et que vous estimez que son histoire passée peut expliquer ses symptômes actuels, la confiance s'installe. Mais ceci requiert un changement de posture et d'écoute de la part du praticien : si seuls les symptômes en



© - Maison des femmes

lien avec un organe sont recherchés, si le temps de parole du patient est compté – nombre d'études attestent du fait que le médecin coupe très rapidement la parole au malade –, si l'on refuse d'aller au-delà d'un questionnaire stéréotypé, alors nous risquons de rater des informations essentielles.

C'est parfois le manque de temps – car ce type d'écoute est chronophage – ou la peur d'aller sur un terrain moins balisé par crainte de ne pouvoir répondre efficacement à cette femme qui font qu'inconsciemment, on évacue le sujet. Il faut à la fois être un peu formé à l'écoute, accepter de sortir de sa zone de confort et avoir des réponses à offrir.

S. A. : Quels services offrez-vous aux femmes ?

G. H.-G. : Nous assurons un accueil indifférencié, qui oriente vers trois offres de soins.

Une unité s'occupe spécifiquement de planification familiale : contraception, contraception d'urgence et orthogénie, c'est-à-dire interruption de grossesse par différentes méthodes ; mais aussi dépistage des infections sexuellement transmissibles et organisation de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, destinées aux adolescents. Les conseillères conjugales peuvent également accueillir des couples en difficulté pour leur prodiguer des conseils, et elles sont souvent en première ligne pour recevoir les femmes victimes de violences conjugales, voire de viols.

Une autre unité prend en charge les femmes victimes de mutilations sexuelles. Il arrive que des patientes ne sachent pas si elles sont excisées, ou qu'elles l'aient appris très récemment et en soient complètement déstabilisées. Nous assurons alors des consultations

de diagnostic et d'information, sur les types de mutilations, sur leurs conséquences, sur les différentes possibilités de prise en charge. Ce sujet est souvent tabou dans la sphère familiale et au sein de la communauté, alors elles viennent pour s'informer, raconter un quotidien difficile (rapports sexuels douloureux, absence de désir ou de plaisir, honte face à ce corps différent et stigmatisant) et se renseigner sur ce que nous, équipe médicale, pouvons offrir. Elles sont en général motivées par la perspective d'une opération, parce qu'elles se disent qu'ainsi « on va remettre au moins ce que l'on m'a pris », même si cela ne correspond pas complètement à la réalité. Nous pouvons leur proposer une intervention, mais surtout nous essayons de bien cerner leur demande, la nature du problème auquel elles sont confrontées, l'impact de cette mutilation.

Ceci s'inscrit dans un parcours collectif avec le recours, en fonction des besoins et des situations, à une sage-femme, un psychologue ou un sexologue, afin que toutes les dimensions du problème soient appréhendées. Une discussion collégiale, sous la forme d'un staff pluridisciplinaire, nous aide ensuite à proposer le parcours de soin le plus adapté. Si ce parcours intègre une intervention, cette dernière sera réalisée au sein de l'hôpital dont nous sommes une unité fonctionnelle. En effet, la Maison des femmes est adossée au service de gynécologie-obstétrique, et nous sommes deux chirurgiens à y consulter et à opérer.

La troisième unité s'occupe spécifiquement des violences conjugales et sexuelles (viols, incestes), ainsi que des violences intrafamiliales, dont l'impact sur les enfants est désormais reconnu. Nous accueillons les patientes et coordonnons leur prise en charge ; nous les intégrons dans un parcours pluridisciplinaire qui comprend un psychologue, voire un psychiatre si un traitement médicamenteux s'avère nécessaire ; la juriste pour un avis ; l'adulte relais pour l'accompagnement dans les démarches (par exemple aller porter plainte au commissariat, honorer une convocation au tribunal...) ou un médecin pour obtenir un certificat médical et compléter le dossier de plainte. Grâce à de nombreux bénévoles, nous leur offrons également une

L'ESSENTIEL

▣ **La Maison des femmes de l'hôpital Delafontaine, à Saint-Denis, réunit trois unités : planification familiale avec contraception et accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) notamment, mutilations sexuelles, violences.**

▣ **Les femmes y trouvent aussi une écoute, des groupes de parole pour développer leur estime de soi.**

prise en charge corporelle : ostéopathie, sophrologie, massages ayurvédiques. Et, en fonction du degré d'urgence, nous pouvons organiser une « mise à l'abri » si le retour au domicile présente une menace vitale.

S. A. : Pourquoi insistez-vous sur la confidentialité de votre accueil ?

G. H.-G. : Tout établissement hospitalier et tous les professionnels qui y exercent sont soumis à la confidentialité. Toutefois, dans certains cas spécifiques, ce besoin de confidentialité est encore plus aigu : demande d'avortement pour une mineure (dans ce cas, la loi prévoit que l'accès au soin soit anonyme), femme confrontée à un mari violent qui ne doit en aucun cas savoir qu'elle vient consulter...

Cette confidentialité est rendue possible par la localisation de notre structure, à l'extrémité du pôle Mère-Enfant et accessible directement par la rue. Pour les femmes qu'un recours hospitalier angoisse, qui estiment que le parcours administratif est un frein (en particulier celles qui n'ont pas de papiers), qui craignent de rencontrer leur famille ou leurs voisins, notre accueil confidentiel et chaleureux est réconfortant. Ici, les femmes sont entre elles, les soignants sont bienveillants et partagent les informations, leur évitant de répéter sans fin leur histoire.

S. A. : Cette Maison est ouverte depuis mi-2016, comment avez-vous démarré vos activités ?

G. H.-G. : Avant l'ouverture de cette Maison des femmes, nous offrions déjà des services similaires mais fondus dans l'activité de l'hôpital, sous une

forme éclatée et moins structurée. Depuis son ouverture, le bouche-à-oreille fonctionne très bien, le site Internet est très consulté, les différents partenaires professionnels sociaux et associatifs des quartiers et les centres de santé ont parfaitement repéré notre existence et ce à quoi nous pouvions servir. Les praticiens des autres services de l'hôpital nous adressent les femmes lorsque les situations de violences sont identifiées. Par exemple, lorsque les patientes consultent régulièrement aux urgences, pour un placard rencontré par mégarde, un escalier dévalé par inadvertance, une baignoire trop glissante ou un tapis mal placé. Ou nos collègues oto-rhino-laryngologistes (ORL) qui réparent des orbites ou des nez fracturés, dont l'origine leur semble douteuse, mais qui ne savent pas quel service post-opératoire proposer. Le commissariat, la préfecture, le Samu après intervention à domicile nous adressent aussi des femmes, et certaines nous envoient leurs copines. Nous sommes désormais clairement identifiés comme une ressource sur le territoire.

S. A. : Que vous a apporté cette structure ?

G. H.-G. : Nous avons gagné sur tous les plans : en visibilité, parce que l'unité Violences est nouvelle, elle n'existait pas en tant que telle à l'hôpital Delafontaine. En efficacité, pour l'unité Mutilations sexuelles. Auparavant, c'était un concept autour de professionnels intervenant dans différents secteurs ; c'est désormais un véritable QG qui facilite les échanges. De plus, bénéficier d'un espace identifié nous a permis de faire vivre le groupe de parole dédié aux patientes excisées, lequel n'avait pas réussi à se mettre en place tant que la prise en charge était éclatée au sein de l'hôpital.

Nous organisons tous les mois des séances de supervision avec un psychologue extérieur, qui soutiennent et font progresser l'équipe. Dans ce lieu, l'échange d'informations est fluide, et nous pouvons nous appuyer les uns sur les autres. Les membres de l'équipe, confrontés à une situation particulièrement complexe, trouvent des relais, et nous partageons ainsi le poids psychologique des situations les plus difficiles, tout comme notre colère et, parfois, notre découragement.



© - Maison des femmes

S. A. : Quel bilan dressez-vous de l'activité de la Maison des femmes ?

G. H.-G. : de 30 à 50 femmes poussent notre porte chaque jour, et nous avons une file active d'environ 900 patientes. Elles viennent et reviennent, et certaines, de leur propre aveu, s'y sentent particulièrement en confiance. Nous assurons une fois par semaine des ateliers d'amélioration de l'estime de soi (photo, maquillage, permaculture, théâtre, danse du ventre). Là encore, l'unité de lieu est un ingrédient principal du succès, comme pour le groupe de parole animé tous les vendredis par l'association SOS femmes 93 qui tient une permanence hebdomadaire dédiée aux violences conjugales. Nous envisageons la création d'un troisième groupe de parole consacré aux victimes de viols et d'incestes, car il nous est régulièrement demandé.

Ce bilan nous semble clairement positif et justifie, de notre point de vue, un budget dédié et une pérennisation de nos activités.

S. A. : Quelle est votre plus grande satisfaction ?

G. H.-G. : Voir cette maison pleine de couleurs posée sur la pelouse, parce que, il faut le dire, ce n'était pas gagné ! Voir la ruche bourdonnante quand les professionnels s'activent, que les femmes sont installées en salle d'attente, apaisées et détendues ; parce que le lieu est très lumineux, chaleureux et apporte un sentiment de paix. Et surtout, constater

tous les jours que La Maison des femmes répond à un besoin de prise en charge globale des violences.

S. A. : Pourquoi vous arrive-t-il d'être en colère ?

G. H.-G. : Nous sommes confrontés à des femmes qui, parfois, nous racontent des parcours de vie abominables, et nous sommes découragés, parce que rien ne semble pouvoir arrêter la violence, la fuite et les parcours d'errance. Ou à des femmes qui restent longtemps sous l'emprise de leur agresseur, souvent d'ailleurs parce qu'elles n'ont tout simplement pas la possibilité de lui échapper. Nous leur donnons des pistes et nous les accompagnons dans les démarches, avec parfois l'impression d'avoir fourni un travail colossal pour un résultat incertain. Mais nous savons qu'il faut du temps, et qu'un jour elles parviendront à quitter leur agresseur.

Un autre découragement – d'ordre institutionnel – me gagne quand je dois me lancer dans un véritable parcours d'obstacles pour obtenir des budgets. On vous explique que vous occupez un champ qui ne correspond à rien : ni vraiment médical ni totalement psychosocial, mais que vous vous inscrivez quand même dans le cadre d'un hôpital avec sa tarification à l'activité (T2A), qui ne valorise ni la qualité ni la prévention, et donc qu'il vous faut être rentable.

Bien sûr, nous devons prouver l'efficacité de nos interventions, mais il faut nous laisser le temps de faire nos

preuves et accepter l'idée d'une expérimentation ; car n'oublions pas que l'enjeu est majeur : la prévention et la prise en charge, en dépit des cinq plans de lutte contre les violences faites aux femmes qui se sont succédé, sont loin d'avoir atteint leurs objectifs. Dès lors, pourquoi ne pas tenter des solutions innovantes comme cette Maison des femmes ? Mme la ministre Marisol Touraine semble avoir adopté cette idée, car elle a décidé de nous soutenir pendant deux ans et nous lui en savons gré. Elle a, dans le même temps, missionné l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour évaluer le service rendu, avant de pérenniser notre financement, et, nous l'espérons, déployer ce type de dispositif sur l'ensemble du territoire. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

Pour en savoir plus sur l'état des lieux des violences faites aux femmes parmi les études récentes réalisées par Santé publique France : Guillam M.-T., Ségala C., Cassagne E., François C., Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *BEH*, 2016, nos 22-23 : p. 385-389. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_1.htm

ainsi que les autres articles de ce numéro thématique http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23.pdf

Pour en savoir plus

- <http://maternite-delafontaine.fr>
- www.lamaisondesfemmes.fr

Le professeur Pierre Delormas, une vie professionnelle au service de la santé publique



Le 29 décembre 2016, à La Tronche près de Grenoble, de nombreux professionnels de santé venaient saluer la mémoire de l'une des figures importantes de la santé publique. Le professeur Pierre Delormas est décédé le 23 décembre à Grenoble où il fut, durant de longues années, l'un des promoteurs infatigables et novateurs de la prévention.

Après une période lyonnaise, Pierre Delormas suit ses études à l'école de Santé navale de Bordeaux, où il soutient sa thèse de médecine en 1954. Médecin militaire en Côte d'Ivoire, il y développe la santé publique et devient conseiller technique du ministre de la Santé ; il crée l'Institut national de santé publique de Côte d'Ivoire. Ces vingt années passées en Afrique l'amènent à vouloir développer la prévention et la santé publique à son retour en France. Il est nommé professeur des universités, praticien hospitalier en pneumologie-phtisiologie en 1973, et il intègre le récent centre hospitalier universitaire de Grenoble en 1974, où il devient chef de service. Il prendra sa retraite universitaire en 1996. Si, dans son service, il eut à gérer la prise en charge de maladies pulmonaires graves, en particulier la tuberculose et le cancer, son action visa à développer entre autres l'épidémiologie et la prévention ; il créa ainsi plusieurs associations à objectifs de santé publique, en décloisonnant l'activité de l'hôpital par la création

de réseaux de soins, et également en développant des activités tout à fait novatrices, comme la tabacologie, puis l'alcoologie.

La création de nombreuses structures de santé publique dans la région Rhône-Alpes est le témoignage de son immense curiosité, de son énergie et de sa pugnacité : l'association départementale d'éducation pour la santé de l'Isère – Adessi, qui fut l'une des plus actives de France ; le Collège régional des associations départementales d'éducation sanitaire et sociale – Cradess, qui est devenu aujourd'hui l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes ; le Pôle Rhône-Alpes-Auvergne de tabacologie (Praat) devenu aujourd'hui l'Institut Rhône-Alpes-Auvergne de tabacologie (Iraat) ; Prosom, avec son épouse Françoise Delormas, afin de promouvoir la connaissance et l'éducation sur le sommeil ; le Centre alpin de recherche épidémiologique et de prévention sanitaire (Careps)... Impossible de les citer toutes !

La diversité de ses investissements et son solide ancrage dans les réalités territoriales ont forgé son investissement national, pragmatique et toujours respectueux des publics et des personnes. Quand Pierre Delormas présida le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en 1994, devenu l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), puis

Santé publique France, son combat aura été de placer cette grande structure nationale réellement au service de la population et en gardant toutes leurs places aux acteurs de terrain. Ses plus proches collaborateurs témoignent encore aujourd'hui de son souhait de lutter contre les dérives technocratiques, médiatiques, politiciennes toujours renaissantes. Et de sa volonté de faire du CFES un serviteur – et non un maître – au service de ceux qui peuvent accompagner localement les changements en termes d'environnements et de comportements favorables à la santé.

Ses écrits manquent pour retracer plus fidèlement ses intentions et son parcours. Mais comme le déclarait l'un de ses fils spirituels lors de ses funérailles : « *ce manque relève peut-être d'une idée plus fondamentale : il n'y a pas de modèle, pas de leçon à donner, il n'y a que les parcours de vie que chacun arrive à construire.* » ■

Alain Douiller,

directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse,

Professeur François Bourdillon,

directeur général de Santé publique France.

Avec les témoignages de Françoise Delormas, Étienne André, François Baudier, Claude Bouchet, Pierre Dell'accio, Jean-Pierre Zarski, Denis Zmirou.



Les Politiques de l'éducation à la sexualité en France. Avancées et résistances

Sous la direction de **Virginie de Luca Barrusse** et **Mariette Le Den**.

Cet ouvrage est un recueil d'interventions issues de la journée d'études Politex qui s'est tenue le 15 septembre 2015 à Paris ; son objectif était d'interroger les avancées et les résistances liées aux politiques nationales et locales de la sexualité en France. Par « politique », les auteurs, **Virginie de Luca Barrusse**, professeure de démographie, et **Mariette Le Den**, docteure en démographie, entendent ici « *les politiques qui visent à contrôler la diffusion d'informations relatives à la sexualité et proposent des contenus destinés à lui donner du sens* ». Ainsi, les contributions présentées sont pluridisciplinaires et offrent un éclairage socio-historique sur l'action publique et le politique (*Virginie de Luca Barrusse*), l'éducation à la sexualité (*Lydia Fenner*), la régulation des naissances (*Scarlett Beauvalet*), les pratiques (*Mariette Le Den*), la construction de la masculinité (*Virginie de Luca Barrusse*), les savoirs médicaux (*Antoine Idier*), la sexualité des personnes en situation de handicap (*Pierre Brasseur*), etc.

Laetitia Haroutunian

Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2016, 195 pages, 20,50 €.

Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie

Sous la direction de **Axelle Brodier-Dolino**, **Isabelle von Bueltzingsloewen**, **Benoît Eyraud**, **Christian Laval** et **Bertrand Ravon**.



Des historiens et des sociologues s'associent dans cet ouvrage pour décrire le concept de vulnérabilité, en l'articulant autour de questions sanitaires et sociales. Les auteurs définissent le terme de vulnérabilité, en retracent l'histoire et les différents sens qu'il a pu avoir et examinent ce qu'il représente aujourd'hui. Ils analysent également dans quelle mesure ce terme est utilisé dans le droit français. Ils décryptent ensuite différents parcours de vulnérabilités à travers des exemples tels que les maladies psychotiques et présentent la façon dont ces maladies sont prises en charge sur le plan médical et par les aidants familiaux. L'ouvrage recense les différentes formes d'accompagnement des personnes vulnérables ainsi que leur réadaptation à l'autonomie ou à la vie professionnelle. Enfin les auteurs relatent l'évolution des politiques et des dispositifs publics du traitement de la vulnérabilité selon différentes catégories sociales : chômeurs, personnes âgées, adolescents difficiles, sans domicile fixe.

Manon Jeuland

Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014, 19 €.

France 2016 : les données clés



Depuis 2013, les ouvrages de la collection « Doc'en poche – Entrez dans l'actu » de la Documentation française abordent de façon synthétique et pratique des sujets d'actualité politique, économique ou sociétale. Le dernier volume, *France 2016 : les données clés*, détaille les principales statistiques liées à l'emploi, au commerce, à la santé, à la pauvreté et à l'exclusion, à l'immigration et à d'autres questions économiques, sociétales et politiques françaises. L'ouvrage est construit sous forme de questions-réponses : « Faut-il réduire la dette ? », « Notre système de santé est-il malade ? », « Le système éducatif français, c'est quoi exactement ? » Pour y répondre, deux pages seulement, mais néanmoins très documentées, renvoyant à des sources juridiques, des données nationales et européennes, des définitions.

Laetitia Haroutunian

Paris : la Documentation française, 2015, 152 pages, 5,90 €.



La santé des ados au collège

Numéro coordonné par **Emmanuelle Godeau** et **Enguerrand du Roscoät**.

La revue *Agora Débats/Jeunes*, de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), consacre un numéro hors-série aux résultats de *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Cette enquête européenne, réalisée tous les quatre ans sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et à laquelle près de quarante pays participent, recueille des données sur l'état de santé des collégiens, leur vécu scolaire et leurs comportements de santé. L'échantillon français de l'enquête de 2014 comprend plus de sept mille collégiens âgés de 11, 13 et 15 ans. Ce numéro est dirigé par **Emmanuelle Godeau**, médecin de santé publique, conseillère auprès de la rectrice de l'académie de Toulouse, coordinatrice de l'enquête HBSC pour la France, et par **Enguerrand du Roscoät**, psychosociologue (Santé publique France). Il présente un ensemble d'analyses sociologiques et aborde une variété de sujets : la perception du corps et du mal-être (*Jean-Paul Génolini, Claire Perrin*) ; l'âge de l'entrée dans la sexualité, de la norme et de la représentation sociale de l'acte sexuel (*Florence Maillachon, Virginie Ehlinger, Emmanuelle Godeau*) ; la caractérisation des états de santé mentale via un ensemble d'indicateurs (*Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon, Audrey Sitbon, Xavier Briffault*) ; l'inclusion des élèves handicapés et leur sentiment d'acceptation (*Mariane Sentenac, Dibia Pacoricon, Emmanuelle Godeau*) ; le harcèlement en milieu scolaire et ses impacts sur la santé mentale (*Emmanuelle Godeau, Nicole Catheline, Margarida Gaspar de Matos, Virginie Ehlinger*) ; l'exposition aux écrans et leur impact sur la santé et la vie sociale (*Marcus Ngantcha, Éric Janssen, Emmanuelle Godeau, Stanislas Spilka*) ; les liens entre soutien social perçu par les collégiens et déterminants de la santé (*Enguerrand du Roscoät, Christophe Léon, Emmanuelle Godeau*). Ces résultats ont été présentés lors d'une conférence-débat organisée le 31 janvier 2017 par les coordinateurs du dossier (Injep et Santé publique France). La méthodologie de l'enquête et les résultats sont disponibles sur le site de Santé publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collegiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>.

Laetitia Haroutunian

Agora Débats/Jeunesse, hors-série, no 75, 2016, 185 pages. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunes-2016-4.htm>

Pour en savoir plus : <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collegiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>

nouveaux
MODULES

Université d'été francophone en santé publique

Formations échanges débats conférences

Pour la 14^e année consécutive, l'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne Franche-Comté, l'UFR des sciences médicales et pharmaceutiques de Besançon, Santé publique France et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), ainsi que leurs partenaires, organisent l'Université d'été francophone en santé publique.

Besançon

du 2 au 7 juillet 2017

14^e édition

Renseignement
et inscription :

Lara DESTAING
Université d'été francophone
en santé publique

UFR des sciences médicales
et pharmaceutiques
19 rue Ambroise Paré
CS 71806 - 25030 Besançon cedex
France

Courriel : lara.destaing@univ-fcomte.fr

Cette semaine de formation et d'échanges s'adresse particulièrement aux professionnels, élus, usagers, citoyens œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Tout au long de la semaine, chaque participant prendra part au module qu'il aura choisi parmi les quatorze grands thèmes de santé publique proposés, dont 8 feront cette année leur (ré)apparition :

- ◆ Promouvoir la démocratie en santé
- ◆ Réduire les inégalités sociales de santé : comprendre pour mieux intervenir
- ◆ Marketing social : de la compréhension des publics au changement de comportement

- ◆ Communiquer et agir pour les publics vulnérables, les enjeux de la littératie en santé
- ◆ Développer un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé : principes, outils, place et rôle de chacun
- ◆ Rompre les cycles de violences intrafamiliales et sexuelles
- ◆ Promouvoir la santé dès la petite enfance : connaissances scientifiques et nouveaux enjeux pour les territoires
- ◆ Migrants et santé

Des tables rondes, des présentations de travaux personnels, des stands de diverses institutions ou associations... seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre participants et intervenants originaires de nombreux pays de la francophonie. Chaque matin, le journal de l'Université d'été donnera les dernières nouvelles sur la vie du campus.

