ENQUÊTE QUALITATIVE ET COLLABORATIVE PRÉFIGURANT LA MISE EN PLACE D'UN CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE SUR LA VILLE DE NÎMES

RAPPORT FINAL

Tome 1 – Analyses et Conclusions

Christian Laval
Pauline Rhenter

Janvier 2026

REMERCIEMENTS COLLABORATIFS

Nous remercions l'accueil, l'aide constante et la collaboration de l'équipe du service de santé de la ville de Nîmes : Sophie Servais, Frédéric Jacquet et Julian Martinez.

Nous remercions également les facilitateurs : Patricia Soler, Gregory Czaplicki, Sandrine Haas, Charlotte Tutard, Alexandra Coussieu-Martinez, Philippe Rigoulot, et Sophie Servais, qui se sont impliqués dans l'organisation et l'animation des matinées, avec rigueur et enthousiasme.

Un grand merci aux personnes que nous avons interviewées et à celles qui ont participé aux trois matinées de travail collectif organisé à l'automne 2025.

Un dernier remerciement aux personnes concernées. Nous avons tenté de construire ce rapport en fonction de leurs besoins et attentes.

TABLE DES MATIERES

A Introduction : un CLSM pour « faire ensemble » de la santé mentale 6
B Méthodologie de l'enquête 9
B1 Approche collaborative et cumulative 9
B2 Méthodologie en pratique à Nîmes 10
C Analyse en termes de situations problèmes 16
C1 Rendre visible des situations problèmes 16
C2 La situation problème (ou question sensible) des personnes concernées : dénouer la tension entre valorisation des capacités et le handicap invisible 17
C2-1 L'inclusion dans des milieux ordinaires comme horizon d'attente 19
C2-2 Les figures du stigmate 19
C2-3 « Ruptures et traumatismes » 24
C2-4 Les conditions de l'autonomisation selon les personnes concernées 25
C2-5 Le statut relatif de l'expérience vécue 26
C2-6 La question du respect des droits 27
C3 Dénouer la tension constitutive entre santé publique et accompagnement individuel ... 30
C3-1 Des liens « naturels » aux déterminants sociaux de la santé 30
C3-2 Certains déterminants sociaux de santé sont bien repérés 33
C3-3 Des obstacles relevant du système de soins sont perçus comme des déterminants sociaux de santé 36
C3-4 Apprendre ensemble une culture de santé publique 36
C4 La situation problème de l'accès aux ressources 38
C4-1 Une volonté partagée de décloisonnement 38
C4-2 Désynchronisation des accompagnements 39
C4-3 Désir et complexité d'une approche globale 40
C4-4 Des ressources non repérables ou non accessibles ? 43
C5 Situation problème : comment la question mentale des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV), étroitement conjuguée avec la question sociale, est difficile à prendre en compte . 46
C5-1 Quartiers dits « sensibles » et santé mentale 46
C5-2 Quelle politique publique nationale en santé mentale dans les QPV ? Des ateliers santé ville à la montée en puissance de la santé mentale 47
C5-3 Quelle spécificité nîmoise sur le sujet ? 48
C5-4 Et la parole des habitants ? 49
C5-5 L'impact du narco trafic sur la santé mentale collective 50
C5-6 Quels acteurs en santé mentale et soutien psychosocial ? 51
C5-7 Chantier : vers une approche de Santé Mentale et de Soutien Psychosocial (SMSP) ? 54

C6 - Focus sur l'enfance et la petite enfance 55
Prévention toute ! Des connaissances scientifiques aux attendus des politiques publiques 55
Prévenir c'est accompagner précocement le développement de l'enfant 56
Dépister, c'est traiter précocement les pathologies mentales émergentes 57
Un enfant seul, ça n'existe pas : importance de la parentalité 57
Réseaux sociaux et jeunesse : un chantier de santé mentale pour aujourd'hui et demain 58
C7 Conclusion : synthèse des situations problèmes 59
C7-1 Situation problème des personnes concernées 60
C7-2 Situation problème : santé publique 61
C7-3 Situation problème de l'accès aux ressources 62
C7-4 Situation problème Quartiers Politique de la Ville 63
D Le CLSM nîmois et son processus de mise en place 65
D-1 Quel modèle de développement pour le CLSM ? 65
D-2 Ce que disent les participants à l'enquête 67
D-3 Légitimité et diversité des participants : quelle place pour les personnes concernées ?71
E Ne pas conclure mais poursuivre 75

A INTRODUCTION : UN CLSM POUR « FAIRE ENSEMBLE » DE LA SANTE MENTALE

Une ville, une métropole, un département

« Parlons santé mentale » : le gouvernement a décidé de prolonger en 2026 la grande cause nationale dédiée à la santé mentale et d'en faire une réalité tangible dans la vie des français. En 2023, le centre national de ressources et d'appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) créé en 2017 fournit des travaux utiles à la compréhension des défis cruciaux de la création de telles instances, qui sont au nombre de 260 aujourd'hui sur le territoire français. L'état des lieux nous enseigne ainsi que, malgré la variété des configurations locales (bassins de population couverts, diversité des acteurs mobilisés et des thématiques investies, articulation avec d'autres dispositifs) et la présence quasi systématique des acteurs « clés » que sont les élus, la psychiatrie publique, les aidants et les usagers, l'implication active des usagers demeure un enjeu majeur et avec elle, celui de la représentation des usagers et de l'accompagnement de leur participation, dans tous les espaces de travail et de gouvernance (comité de pilotage, comité technique, assemblée plénière, groupes de travail).

Depuis plusieurs années, dans le cadre du Contrat Local de Santé (CLS), la Ville de Nîmes et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie ont défini en partenariat les priorités de santé sur le territoire. Parmi les enjeux de travail soutenus par M. le Maire et son équipe, la santé mentale figure depuis 2019 comme un axe de travail. C'est un sujet complexe, transversal, qui concerne de nombreux acteurs – services soignants, services sociaux, éducation, logement, sécurité, culture, etc. – et impacte fortement la qualité de vie des habitants.

En phase avec la politique nationale de consolidation et de généralisation des conseils locaux de santé mentale[1], la Ville a engagé la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) : un outil validé depuis plus d'une décennie pour renforcer ou construire des actions concrètes et améliorer la coopération entre les acteurs concernés par la santé mentale sur le territoire nîmois**.** Pour ce faire, une *recherche action collaborative s'est déroulée de mai à décembre 2025 dont l'objectif a été de préfigurer une feuille de route pour le futur CLSM*. La philosophie générale de cette enquête a visé à décentrer et multiplier les approches et les perspectives afin de répondre au mieux aux besoins des personnes concernées telles qu'elles les expriment.

[1] Instruction n° DGS/SP4/2025/8 du 13 mai 2025 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Ce rapport final conclusif, après avoir présenté la philosophie et la méthodologie mise en œuvre, analysé les principaux problèmes à dénouer, tels qu'ils ressortent de l'enquête, préfigure ainsi des chantiers prioritaires dont le futur CLSM pourra s'emparer selon ces priorités.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques remarques préliminaires s'imposent en introduction :

- Les problèmes publics de santé mentale, remontant de cette recherche-action, sont certes spécifiques au territoire nîmois mais l'enquête montre que la cartographie des acteurs outrepasse parfois les délimitations territoriales et administratives. De fait, il semble essentiel de situer ce projet porté par la Ville de Nîmes dans un contexte plus large, intercommunal ou départemental. Le CLSM de Nîmes peut être envisagé comme une pierre angulaire qui peut favoriser et mobiliser des dispositifs territoriaux à coordonner sur le département. En effet, la Ville de Nîmes, par sa position de métropole, concentre une majorité des ressources en santé mentale (psychologues, psychiatres, intervenants sociaux, etc.). Comme dans d'autres métropoles, il existe un risque de concentration des ressources, majoré par un contexte de diminution des moyens qui concerne particulièrement les services publics et plus largement les services « au Public ».
  En outre les constats et axes de travail qui se sont dégagés à mi-parcours de l'enquête en cours convergent vers ceux déjà posés dans le cadre des travaux effectués dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), notamment sur les points suivants : déstigmatisation de la maladie, promotion de la santé mentale dans la cité (hors les murs, aller vers), ainsi qu'une réflexion nécessaire sur l'accès aux soins et la prévention des ruptures de parcours de vie.

- Concernant les ressources en santé mentale, le paysage nîmois est en pleine évolution. Une volonté de changement des acteurs sur le terrain vers plus de transversalité, de décloisonnement et de proximité avec les demandes des personnes concernées, est un objectif communément partagé, en écho à la critique récurrente des politiques en silo diagnostiquées depuis trois décennies au niveau de l'évaluation des politiques publiques nationales.
  Bref, concerter, mobiliser et s'associer avec les usagers vise à définir des actions à promouvoir selon une méthode plus ascendante.

- Initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la définition de la santé mentale prend en compte les facteurs tels que l'équilibre et l'intégration, la qualité de vie, l'épanouissement personnel reconnus et valorisés dans une perspective de bien-être global. Tout en nuances, les pratiques de santé mentale mobilisées dans la configuration nîmoise souhaitent faciliter l'accès aux soins psychiatriques mais elles se présentent aussi comme une attention portée aux différentes formes de l'atteinte psychique et s'intéresse à la nature, aux causes et aux effets de ce qu'il est devenu usuel de nommer

« souffrance psychique », « vulnérabilité psychosociale » mais aussi « prévention et bien être psychologique ».

- La Ville de Nîmes, dans toutes ses composantes (psychiatrie publique et privée, associations, travail social, élus locaux, enseignants, acteurs culturels, personnes concernées, etc.) est actuellement sensible à cette nouvelle manière de voir et aspire à de nouvelles formes de soins et d'inclusion. Une opportunité existe. Une dynamique collective s'est créée durant ces derniers mois. Comme le précisait déjà le thème des Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) de Nîmes en octobre 2025 : *Pour notre santé mentale, il s'agit de réparer le lien social.*

B METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

B1 Approche collaborative et cumulative

Le choix de la méthodologie choisie est congruent avec le thème de la santé mentale qui, comme une recherche-action collaborative, « se fabrique ensemble ». Avant d'en déplier ci-dessous les différentes techniques et étapes, précisons quelques notions de base. Les recherches collaboratives reposent sur l'idée de multiplier les perspectives dans la discussion. Elles favorisent les échanges durant l'enquête entre acteurs de terrain réflexifs et chercheurs professionnels désireux de faire évoluer la connaissance d'un problème public identifié et non résolu. Elle intègre des approches dont le point commun est de simultanément viser à comprendre, agir, transformer, former et associer. *« Si les chercheurs interrogent les pratiques, inversement les pratiques posent la question du rapport de la recherche avec la réalité. L'interrogation mutuelle permet de dépasser les frontières des disciplines et donne lieu à une politique et une éthique de la connaissance qui n'hésitent pas à reconnaître la part d'ignorance pour se définir en termes d'ouverture et de dialogue »* (Lyet, 2015)[2]. D'autres auteurs parlent de croisement ou d'échange des savoirs reposant sur une épistémologie pluraliste. Par exemple, le concept de maladie peut être perçu comme anormalité clinique et/ou comme une expérience subjective.

Cette visée de participation, de coopération des acteurs, et de multiplication des points de vue, tend à promouvoir une communauté d'interrogations permettant une prise de conscience sur les enjeux de justice sociale et de débusquer les jeux de pouvoir et de dissymétrie des places, surtout dans les situations où ils font obstacle à la coproduction des savoirs. Ainsi, la notion d'(in)justice épistémique a été définie par Miranda Ficker[3] comme une forme d'inégalité dans l'accès, la reconnaissance et la production des savoirs. Ce concept a beaucoup été utilisé dans le champ du soin et particulièrement de la santé mentale.

Dans le champ de la santé mentale, Baptiste Godrie[4] a ainsi montré que le *process* inégalitaire de production des savoirs pouvait être corrigé par une méthodologie participative qui prend en compte à la fois les formes d'injustice épistémique, - dans la relation de soins par exemple, dans l'accès aux informations cliniques ou encore dans le choix du traitement -, mais aussi l'agentivité épistémique des personnes concernées que l'on peut définir comme « la capacité d'une personne à conduire sa vie et son parcours de soins selon ses savoirs propres » (Catala,

[2] Philippe Lyet, Anne Gillet, Alexandre Moine, Sandrine Petit, Nathalie Ponthier, et al., Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance. Presses de l'EHESP, 240 p., 2015.

[3] Miranda Fricker, Epistemic injustice, power and the ethic of knowing ; Oxford university press, 2007.

[4] Baptiste Godrie, Rapport inégalitaire dans la production des savoirs scientifiques : l'exemple de recherche participative en santé mentale, In *Vie sociale* n°20 et plus particulièrement tout le numéro 20 de *Vie sociale* dont le titre est « la participation citoyenne dans la recherche », 2017.

2025)[5]. Ce détour sur les concepts a des liens très forts avec l'évolution actuelle des pratiques en santé mentale. On retrouve très concrètement cette tension épistémique dans le concept de savoirs expérientiels et dans la figure en voie de professionnalisation de nouveaux métiers comme ceux de travailleurs pairs, de médiateurs de santé et dans la figure émergente soutenue par le ministère de la santé de « prescripteur social ».

B2 Méthodologie en pratique à Nîmes

La méthode générale proposée est originale sur quatre points :

1. Envisager de répondre aux besoins des personnes concernées telles qu'elles les expriment impose de déplacer les points de vue, dépasser les frontières des disciplines et reconnaître sa part d'ignorance pour s'engager en termes d'ouverture et de dialogue.

2. Elle favorise un dialogue plus symétrique entre praticiens réflexifs, chercheurs et citoyens désireux de faire évoluer la connaissance de problèmes publics identifiés, mais non résolus.

3. Elle déroule deux séquences d'enquête qui permettent d'approfondir et de croiser plusieurs analyses soutenant les propositions d'action. L'expertise s'élabore collectivement de manière continue et cumulative.

4. Toutes les données recueillies sont d'ordre qualitatif. La mise en schéma a vocation à expliciter les paroles des seuls participants à l'enquête, et ne prétend pas rendre compte de données quantitatives et représentatives des pratiques et points de vue de l'intégralité des acteurs du territoire.

Première phase de l'enquête

Une première phase a consisté de juin à septembre 2025 en une série d'entretiens individuels et collectifs menés par deux sociologues, auprès de personnes directement concernées, de proches-aidants, et de professionnels, selon les grilles d'analyse figurant en annexe. Une quarantaine d'entretiens ont été réalisés selon ces grilles.

Plusieurs problématiques ont émergé de ces entretiens : une qualité de santé mentale individuelle et collective « abîmée » par un contexte social dégradé, l'isolement et la stigmatisation des personnes en situation de handicap psychique, le repérage de nouvelles problématiques cliniques spécifiques (notamment les pathologies dites duelles associant

[5] Amandine Catala, The dynamics of epistemic injustice : Situating epistémic power and agency. Oxford University Press, 2025.

troubles addictifs et psychiatriques), un accès aux soins entravé ou tardif, l'absence de repères et de ressources pour les sortants d'hospitalisation, une difficulté systémique à agir sur les déterminants de santé pourtant validés par toutes les études de santé publique : logement, travail, inclusion, effectivité des droits.

Ces constats nécessitaient d'être enrichis et discutés, lors d'une seconde phase de travail collectif qui a poursuivi l'enquête selon des modalités différentes. A partir des ressources, initiatives, manques, freins et opportunités identifiées, il s'agissait de définir, repérer et prioriser les leviers pour agir en distinguant ceux qui relèvent de la promotion et de la prévention en santé mentale, de la réduction des risques psychosociaux, du soin psychologique et psychiatrique.

A la fin de la première phase d'enquête, l'élaboration et la validation d'une note d'intention a donné lieu à plusieurs échanges et versions entre les deux chercheurs et le service Santé de la Ville de Nîmes. L'enjeu de cette note d'intention était tout autant méthodologique que politique. Envoyée et cosignée par l'adjoint à la santé de la mairie le 10 octobre 2025, cette validation de la méthode a franchi une étape qualitative en lien avec la philosophie collaborative de l'enquête[6]. Une rencontre avec les élus a eu lieu le 21 octobre, qui confirmait leur intérêt pour une démarche de concertation centrée sur la santé mentale en 2026.

La première phase d'enquête débouche sur l'élaboration de dix axes prioritaires (c'est-à-dire ceux qui reviennent le plus souvent) ressortant de la quarantaine d'entretiens effectués. Ce qui a permis d'atteindre le seuil de saturation des données (Marshall et al, 2013)[7], qui correspond au moment où chaque nouvel entretien ne produit que des données déjà découvertes dans les précédents. Toutefois, nous regrettons de ne pas avoir eu accès à davantage d'entretiens directs avec des patients hospitalisés et les habitants des quartiers dits politiques de la Ville.

Les 10 axes prioritaires (non classés par ordre d'importance et tels qu'ils apparaissaient en octobre 2025) :

1. **Trouver des réponses aux demandes croissantes d'accompagnement en lien avec une précarisation accrue ressentie par tous les acteurs (comme étant en lien avec les problèmes de santé mentale)**
2. **Organiser une réponse coordonnée aux nouvelles pathologies et nouvelles conduites à risque : addictions, harcèlement, écrans, troubles neuro-développementaux, avec un focus sur les jeunes et adolescents, etc.**

[6] « *Si les chercheurs interrogent les pratiques, inversement les pratiques posent la question du rapport de la recherche avec la réalité* ». Philippe Lyet, Anne Gillet, Alexandre Moine, Sandrine Petit, Nathalie Ponthier et al., Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance. Presses de l'EHESP, 240 p., 2015, 978-2-8109-0377-1. ⟨ hal-02800805⟩

[7] B. Marshall et al., « Does Sample Size Matter in Qualitative Research?: A Review of Qualitative Interviews in is Research », *Journal of Computer Information System*, septembre 2013.

3. **Rendre visibles l'offre d'accompagnement (sanitaire/médico-social/social) et les soutiens possibles (associatifs)**
4. **Intervenir précocement et favoriser la réduction des délais pour accéder aux services (soins, prestations handicap, soutien à domicile, réponse à la crise, logement ordinaire ou accompagné)**
5. **Améliorer la coordination des acteurs (offre institutionnelle et tissu associatif dense mais peu coordonné)**
6. **Promouvoir des campagnes de déstigmatisation impliquant les personnes concernées**
7. **Favoriser l'inclusion en milieu ordinaire (formation - travail - vie culturelle et sportive)**
8. **Soutenir les projets décrits par les différents acteurs**
9. **Développer une information accessible sur les droits**
10. **Valoriser les savoirs expérientiels : proches-aidants, pair-aidance professionnalisée et patients-experts**

Méthodologie de la seconde séquence de travail

Chaque rencontre était conçue comme un moyen d'affiner la feuille de route à venir, grâce aux regards portés par les personnes associées tout au long du processus de l'enquête collaborative menée à l'initiative de la municipalité de Nîmes.

En pratique, la seconde séquence de travail s'est organisée autour de trois demi-journées d'échanges et d'élaboration collective les 12 novembre, 27 novembre et 9 décembre 2025, avec la participation très attendue des personnes concernées, des proches-aidants, des professionnels dits de première et seconde ligne.

Avant et après chaque rencontre, 7 facilitateurs ont été mobilisés pour enrichir la feuille de route proposée par Pauline Rhenter et Christian Laval pour chacune des rencontres.

Les feuilles de route complètes figurent en annexe.

Les participants aux ateliers ont été invités à travailler ensemble autour de différents thèmes :

1) Le suivi coordonné des parcours : des temporalités désynchronisées
2) La connaissance et la visibilité de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale
3) L'augmentation des comorbidités et le repérage de nouvelles pathologies dans un contexte de précarisation globale
4) La stigmatisation et l'inclusion sociale
5) La reconnaissance des savoirs expérientiels
6) La visibilité de l'offre et des soutiens possibles
7) Les formes de soutien aux projets des acteurs professionnels locaux

8) La création d'espaces partagés et d'objets communs

Cependant, la méthodologie et la facilitation ont été travaillées au fur et à mesure, dans le cadre d'un **processus cumulatif,** chaque demi-journée se basant sur les besoins exprimés lors de la phase 1 de l'enquête et sur les besoins exprimés lors de la demi-journée précédente.

A chaque demi-journée, avant de partir, les participants ont, en outre, été invités à placer dans une urne, un bulletin pré-imprimé avec la réponse écrite à la question *« A quelle(s) condition(s) participeriez-vous au Conseil local de Santé Mentale (CLSM) ? »*.

Les outils d'animation ont privilégié le travail en sous-groupe de 8 à 12 personnes, à l'aide de supports (nappes, présentations vierges avec indications écrites) et de temps de travail courts alternant l'introspection individuelle, l'échange à 2 ou 3 et la mise en commun en « grand groupe ».

Exemples :

3- Réflexion individuelle sur mon rôle et mes interlocuteurs « en tant que personne concernée, proche ou intervenant.e professionnel.e

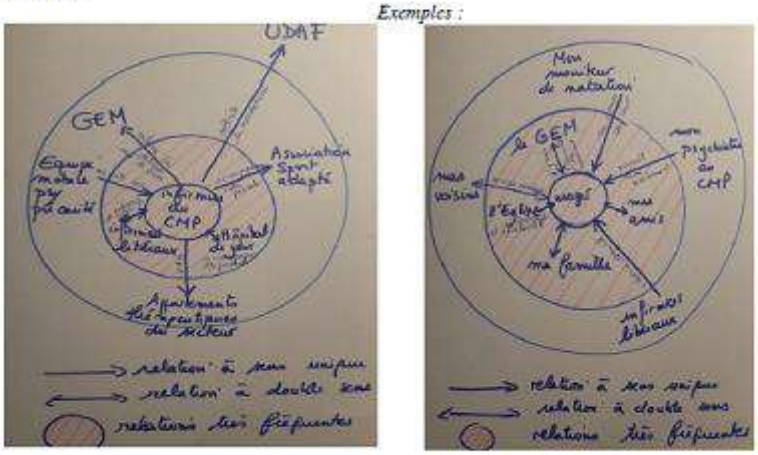
Chacun écrit sur une fiche pré-imprimée « carte relationnelle » en format A4 (Modèle de carte sous formes de cercles imbriqués - 1er cercle, 2nd cercle,)

Au centre : Quel est votre rôle ?

- Quels sont vos interlocuteurs auprès desquels vous trouvez un soutien et réciproquement ?
- Comment et pourquoi les sollicitez vous ? Utiliser des flèches entre interlocuteurs et nommer l'objet de l'échange (double sens ou sens unique)

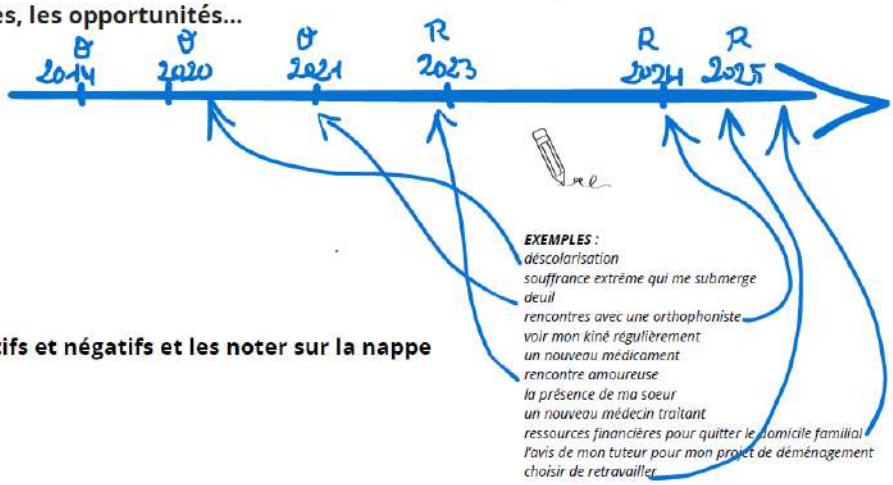
6 minutes

Exemples :



4 - Mise en commun et élaboration d'une carte des partenaires (modèle vierge fourni servant de base à la carte dessinée sur les nappes)

Représenter votre parcours, celui de votre proche ou d'une personne accompagnée
Placez les premières épreuves, les rencontres heureuses ou malheureuses, les ressources, les obstacles, les opportunités…
Indiquez les âges ou les années



En individuel
Indiquez R pour "ressources"
O "pour obstacles"
10 minutes

En groupe
Regrouper les facteurs positifs et négatifs et les noter sur la nappe
30 minutes

10h30 : pause

1- Ma carte relationnelle

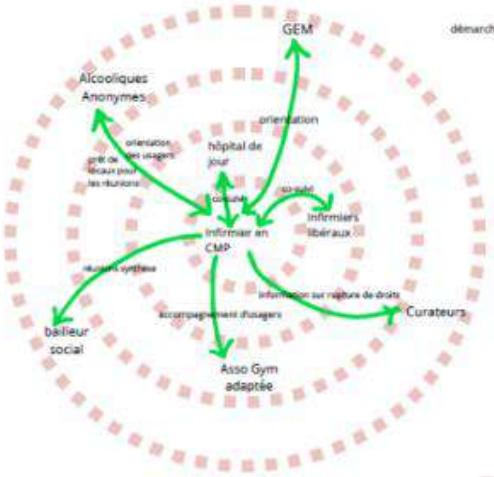
Quels sont mes interlocuteurs ou partenaires?
Qu'est-ce que je leur apporte et réciproquement?

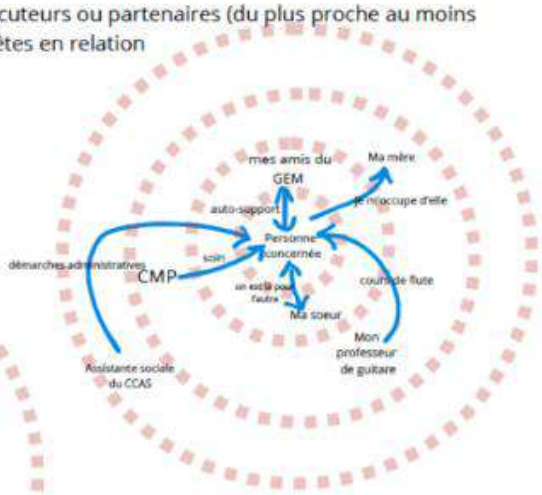
- Placez-vous au centre de la carte vierge (professionnel.le, et/ou personne concernée, et/ou proche-aidant.e) - *remplir plusieurs cartes au besoin*
- A partir de la carte vierge, placez vos interlocuteurs ou partenaires (du plus proche au moins proche) et les raisons pour lesquelles vous êtes en relation

La relation est-elle dans les 2 sens ?
si oui la flèche est à double sens
si non la flèche est à sens unique

6 minutes

Exemples





2- Mise en commun

- Dessinez sur la nappe la carte des acteurs présents en indiquant le sens des relations et les raisons qui les justifient

25 minutes

Le choix des outils a été notamment guidé par les méthodes développées par Liberating Structures[8], qui propose, par opposition aux microstructures conventionnelles, le plus souvent

[8] https://www.liberatingstructures.fr/what-i-need-from-you-winfy/

hiérarchisées, trop restrictives ou trop informelles (meetings, réunions de reporting, brainstormings ou échanges informels, etc.), des outils permettant d'inclure, et impliquer toutes les personnes ainsi que de distribuer le contrôle des échanges à l'ensemble des participants selon l'objectif, la taille du groupe, le timing, etc.

Exemple :

Atelier - Séquence 2

2 questions :



1) Quels sont les nouveaux défis en santé mentale ?
20 minutes

2) Quelles sont les ruptures entre parcours de vie et parcours de soins ?
20 minutes



Méthode 1, 2, 4, Tous

Pour chaque question:



• Chacun réfléchit seul et en silence à la question
2 minutes



• Les participants génèrent des idées par binôme, à partir des idées issues de leur phase de réflexion personnelle et les notent sur des post-its
3 minutes





• Les idées de chaque binôme sont partagées et développées par groupe de quatre ou cinq
Ecrire les similarités et les différences - restituer quelques exemples typiques
5 minutes

• Chaque groupe partage l'idée maîtresse qui ressort de la conversation.
Coller les post-its sur la table et les regrouper en grandes idées communes
10 minutes



C ANALYSE EN TERMES DE SITUATIONS PROBLEMES

C1 Rendre visible des situations problèmes

La richesse et la multiplicité des données recueillies dans cette enquête collaborative (véritable succès d'audience) donnent à voir différentes pistes à mettre au travail dans le cadre d'un CLSM. Mais comment traiter ces données au moment de l'analyse ? Au vu de la forte mobilisation des acteurs nîmois autour du service Santé de la Ville, tous et toutes véritables collaborateurs(trices) de cette enquête, il s'agit de ne pas céder à une pente ordinairement suivie qui consiste à formuler des recommandations type « cadre de référence » et, le plus souvent, à lister des thématiques prioritaires et proposer des fiches-actions sans que ne soit posée la question du « qui et du comment les mettre en œuvre, et avec quels outils (théorique et pratique) ? ». On peut aisément rappeler que les institutions de soins, les professionnels de l'aide et de l'accompagnement, les bénévoles associatifs, les familles et les personnes concernées ont leur propre analyse, stratégie et calendrier pour définir leur propre priorité.

L'analyse des entretiens et du travail en « matinée » mettent en évidence leur forte implication mais aussi à la fois la richesse, la finesse et donc la complexité des questions soulevées. Par exemple, un tel peut mettre en avant l'urgence de travailler avec les parents lorsqu'un autre insiste sur la santé mentale des adolescents, un tel insiste sur la question itérative des représentations sociales de la santé mentale lorsqu'un autre dénonce les processus invisibles de stigmatisation. Un tel insiste sur la prévention lorsqu'un autre parle la langue du dépistage précoce. D'une certaine manière, ils ont tous leur bonne raison là où ils exercent ou vivent. De fait, analyser les discours recueillis dans une finalité de priorisation risque de finir par opposer les bonnes raisons des uns aux mauvaises raisons des autres dans une « course à l'échalote » où in fine, ce seraient les situations de vulnérabilité sociale et psychique les plus grandes qui devraient être prioritaires sur les autres, entraînant une forme de rupture d'égalité dans l'accès aux ressources. Mais qui définirait les critères permettant de mettre tel dossier au sommet de la liste ? Et avec quelle légitimité ?

C'est pourquoi nous faisons le choix d'analyser les données recueillies selon une grille de lecture pragmatiste qui, en déplaçant les perspectives des acteurs sur un territoire donné pose non pas des priorités d'action (qui seront le travail du CLSM lorsqu'il sera constitué) mais au-delà des analyses de chacun, **des problèmes sensibles à résoudre en commun**. Les apports de la philosophie pragmatiste de J. Dewey peuvent être une référence utile pour rendre compte des processus engagés dans la mise en place d'une telle activité d'action publique. Sa théorie de l'enquête notamment, permet de comprendre le processus continu d'expérimentation collective que nécessite la résolution d'un problème public. Il s'agit de dépasser les écueils et les résistances du réel générant des situations de crise « sensibles » parce qu'incertaines, indéterminées, questionnantes et donc risquées. Ce processus d'expérimentation collective comprend trois phases : l'identification d'une situation/problème, sa définition publique et sa

résolution discutée collectivement (Dewey, 1993)[9].
Insensiblement, de nouvelles représentations, pratiques, concepts et méthodes transforment notre vision collective du « problème » et avec elle notre responsabilité commune à l'égard des populations, des conduites, des pathologies mises ainsi à la fois en problème et en exposition publique.

De fait, l'enquête montre qu'il y a un problème central à mieux définir et à résoudre. C'est celui des conditions à promouvoir pour que les nîmois et particulièrement les personnes concernées et leurs proches jouissent d'une santé mentale suffisamment bonne selon la définition de l'Orspere[10] ou en écho avec ce que Judith Butler et Frédéric Worms appellent « des conditions de vie digne et vivable »[11]. Quatre situations problèmes sont présentées qui, à un titre ou à un autre, documentent le problème public posé par une approche de santé mentale.

C2 La situation problème (ou question sensible) des personnes concernées : dénouer la tension entre valorisation des capacités et le handicap invisible

Les mobilisations d'usagers de la santé se sont très fortement développées depuis quelques décennies et ont participé à la promotion de la démocratie « sanitaire ». Benoît Eyraud et Aurélien Troisoeufs identifient quatre formes de participation qui donnent à voir une diversité d'engagements des usagers de la psychiatrie : les groupes d'auto-support comme les groupes d'entraide mutuelle, structurés autour du partage des expériences des troubles et des soins, les groupes de contestation, qui se caractérisent par une contestation forte du système de soin, les groupes de représentation ou de lobbying institutionnel, qui tentent d'investir l'action publique sous l'angle du partenariat et de la négociation et les groupes d'affirmation d'une différence, qui promeuvent la diversité des expériences et essaient de faire reconnaître des alternatives au traitement médical de la maladie[12].

Le cadre légal et réglementaire incite, depuis une décennie, les acteurs de la santé mentale à se doter de conseils locaux de santé mentale. En réponse à l'appel à candidature de la Ville de Nîmes, nous avions proposé de mener un diagnostic complémentaire de l'analyse déjà produite par un certain nombre d'institutions publiques, à partir du vécu, des besoins et des attentes des personnes concernées, personnes concernées entendues comme les usagers majeurs des services

[9] Dewey, J., 1993, *Logique ; la théorie de l'enquête*, PUF, Paris.
[10] « Une santé mentale suffisamment bonne peut être définie comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable mais non sa révolte (soit la capacité de dire non) ; Il s'agit de la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, en investissant et en créant dans cet environnement, y compris des productions non normative » Jean Furtos et al., La Santé mentale en actes, ERES, 2005.
[11] Butler, J., et Worms, F., 2021, *Le Vivable et l'invivable*, PUF, Paris.
[12] Aurélien Troisœufs et Benoît Eyraud, « Psychiatrisés en lutte, usagers, Gemeurs,… : une cartographie des différentes formes de participation », Rhizome n° 58, La participation des usagers en santé mentale, novembre 2015.

de psychiatrie, les personnes adultes en situation de handicap psychique, leurs aidants (familles et autres proches), ou les parents de jeunes enfants connaissant une difficulté de santé mentale. L'objectif était de recueillir le vécu, les besoins et les attentes des personnes concernées et leurs aidants, d'identifier la cartographie des acteurs repérés par ces personnes, de repérer les points de rupture et points critiques, et enfin de valoriser les leviers potentiels.

Les entretiens individuels et collectifs menés lors de la première séquence de l'enquête ont permis d'identifier 4 axes prioritaires de travail selon les personnes concernées :

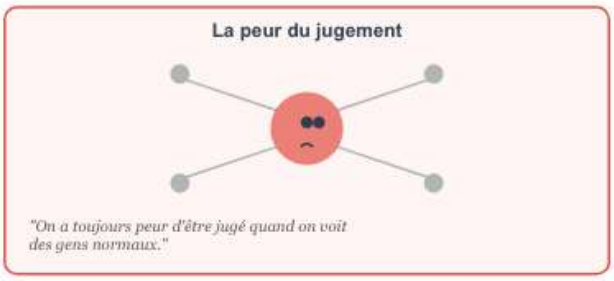
- Promouvoir des campagnes de déstigmatisation impliquant les personnes concernées,
- Favoriser l'inclusion en milieu ordinaire (formation - travail - vie culturelle et sportive),
- Développer une information accessible sur les droits,
- Valoriser les savoirs expérientiels : proches-aidants, pair-aidance professionnalisée et patients-experts.

Il ressort des entretiens réalisés entre le mois de juin et le mois de septembre 2025 que les personnes concernées expriment avant toute chose la stigmatisation dont ils font l'objet, dans différents milieux sociaux (dont le monde du travail).









Face à ce qui est ressenti comme une forme d'exclusion, les personnes concernées font parfois le choix de se retrouver « entre soi », dans le milieu de l'emploi protégé ou des groupes d'entraide. Elles formulent cependant le souhait de participer à la vie active ou citoyenne et qu'à cette fin soient reconnus leurs savoirs expérientiels et leur capacité à exercer une autonomie indépendante de leurs troubles.

S'agissant du registre plus précis de leur statut d'usagers d'un système d'aide qui comprend le soin et l'accompagnement social, les personnes concernées témoignent d'expériences plutôt

négatives des périodes d'hospitalisation, revendiquent une meilleure visibilité des soutiens possibles, et une clarification de leurs droits.

C2-1 L'inclusion dans des milieux ordinaires comme horizon d'attente

Selon les personnes concernées, **la stigmatisation, comme son corollaire - l'exclusion, est le sujet prioritaire.** Sortir de l'assignation identitaire de malade est perçu comme une source d'espoir cruciale. D'où l'envie de fréquenter des espaces et groupes « mixtes » pour une socialisation non référée à une condition commune de patient.e. Ce souhait touche toutes les formes de « milieux » : le travail, l'école, les loisirs, etc. Les personnes concernées rencontrées abordent ainsi l'inclusion dans tous ses états : être actif sans être dans « de l'occupationnel », fréquenter des groupes « avec un mélange de personnes handicapées ou valides », se sentir en sécurité au sein d'un collectif sans adhérer à un clan fermé comme certains GEM, intégrer un monde du travail ordinaire qui se serait adapté à une situation de handicap, obtenir un tarif préférentiel pour les transports quotidiens.

Cette revendication d'être considéré comme un être humain ou un citoyen lambda et le constat amer d'une stigmatisation persistante produit cependant une forme d'ambivalence. Ainsi, si rester dans l'entre-soi d'un groupe d'entraide mutuelle est rassurant, le désir de côtoyer le milieu ordinaire est général.

Afin de valoriser les savoirs expérientiels pour réduire le sentiment et la réalité de l'exclusion, les personnes concernées préconisent une **sensibilisation tous azimuts**, sensibilisation qui passerait nécessairement par l'implication de personnes touchées directement, s'adressant à différents publics, et par **l'inclusion effective** des personnes concernées dans des milieux ordinaires (du travail, de formation, des loisirs, du sport).

C2-2 Les figures du stigmate

Les trois demi-journées de travail collectif en novembre et décembre 2025 ont permis d'affiner les premiers constats et de les appuyer sur un grand nombre de témoignages.

Ainsi, sur la stigmatisation, les participants aux demi-journées de travail collectif qualifient d'obstacles dans leur parcours, les phénomènes de stigmatisation et d'auto-stigmatisation. Face au « jugement de ceux qui ne savent pas ce que je vis ou qui croient avoir la bonne réponse pour moi », ils témoignent d'une « difficulté à aller vers les autres du fait du handicap », une appréhension à « montrer ses problèmes », et même une « difficulté à qualifier son vécu ». Ce constat dépasse la condition d'usager de la psychiatrie pour embrasser diverses épreuves ou particularités : « discrimination à cause de ma transidentité », condition de « personne endeuillée », handicap invisible pour une personne cérébrolésée que l'on croit ivre, personne sous mesure de protection judiciaire, usager de drogues, enfant neuro-atypique, etc. En regard

de ces jugements, la rencontre avec des pairs à même de comprendre l'expérience vécue ou la déconstruction des préjugés est perçue comme essentielle.

Lorsqu'il est demandé aux participants d'identifier des problèmes s'agissant des représentations et d'imaginer des actions concrètes pour les changer, voici les trois figures du stigmate qui ressortent des échanges :

Les figures du stigmate



La stigmatisation en santé mentale a fait l'objet de nombreuses recherches. Graham Thornicroft[13] a décrit les « cercles vicieux » de la stigmatisation, selon lesquels la stigmatisation crée des cycles auto-entretenus : elle réduit les opportunités (emploi, logement, relations), ce qui aggraverait le pronostic, renforçant ainsi les stéréotypes initiaux.

[13] Graham Thornicroft, chercheur et psychiatre britannique reconnu mondialement pour ses travaux sur la stigmatisation en santé mentale a développé un cadre conceptuel distinguant trois niveaux de stigmatisation :
- la stigmatisation publique, qui correspond aux stéréotypes, préjugés et discriminations que la société impose aux personnes ayant des troubles psychiatriques. Au niveau social, la stigmatisation se traduit par des préjugés tenaces : association systématique avec la dangerosité, perception d'incompétence ou de faiblesse de caractère, discrimination à l'emploi ou dans l'accès au logement. Les médias contribuent parfois à cette stigmatisation en présentant de manière sensationnaliste certains troubles mentaux.
- l'auto-stigmatisation survient quand la personne intériorise ces préjugés, ce qui entraîne une diminution de l'estime de soi, un isolement social progressif, et un retard ou un refus de soins par crainte du jugement. Cette honte intériorisée peut être plus handicapante que les symptômes eux-mêmes.
- La stigmatisation structurelle, caractérisant les politiques institutionnelles et pratiques sociales qui limitent les opportunités des personnes concernées.

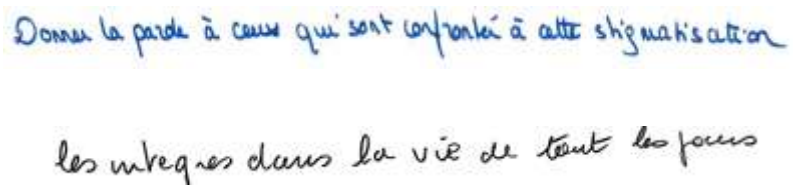
Les participants aux travaux collectifs ont tous décrit les trois dimensions repérées par Thornicroft (Cf. la note en bas de page).

Préjugés	**Auto-stigmatisation**	**Stigmatisation structurelle**
« La priorité, c'est être considéré comme un être humain ». *« Bon dans le travail c'est pas trop apprécié d'être bipolaire. Ou schizophrène. L'employeur a des peurs, même infondées (« est-ce qu'il va tout casser ? S'énerver ? »). »* *« On nous voit comme des personnes incurables »* *« Peur d'être jugé, d'être vu comme faible »* *« Difficulté de compréhension qui nécessite une explication »* *« Les personnes concernées sont sous-estimées dans leurs capacités à la vie sociale, à la vie de la cité. »* *« Personne ne connaît le handicap cérébral invisible »* *« Les professionnels stigmatisent les personnes ayant des addictions »*	*« J'ai un peu peur d'aller au cinéma, d'aller dans certains lieux. »* *« C'est difficile de parler de ses difficultés psy »* *« Difficile d'aller vers les autres en tant que personne concernée* *« Je dois combattre mon stress »* *« L'objectif est d'aller à la rencontre de l'autre »* *« Notre particularité ne nous empêche pas d'avoir une vie normale. Vous êtes obligé de mentir. C'est dur de cacher la vérité. »*	*Moi j'ai été obligé de mentir plein de fois. Si vous ne dîtes rien, ok. Mais si vous êtes malade en plein milieu de l'année, on a aucune protection en milieu ordinaire. Y a pas de filet. Faut travailler avec ces peurs… Informer les gens. Certaines entreprises préfèrent ne pas embaucher et payer l'amende* *« Même diplômée, je ne peux pas avoir un mi-temps dans une entreprise, même dans l'Education nationale ». « Je suis en arrêt de travail car ils n'ont pas adapté le poste (travailler l'après-midi) »* *« Et on a l'AAH donc quand on touche de l'argent, on nous en enlève. »* *« L'inclusion par le sport en milieu ordinaire reste un vrai sujet, d'autant que nous avons moins de possibilités d'accompagnement vers les activités thérapeutiques du secteur »* *« Manque de choix dans le sport pour les enfants TSA »* *« Pas d'adaptation des associations sportives »*

Ce chercheur a également identifié trois approches pour combattre la stigmatisation : l'éducation (corriger les fausses croyances), le contact (favoriser les interactions avec des personnes concernées) et la protestation (dénoncer les représentations stigmatisantes).

Ici, la protestation n'est pas première dans les actions concrètes imaginées par les participants aux travaux collectifs. Elle a plutôt émergé lors de la première phase d'enquête, dans la confidentialité des espaces non mixtes (cf. infra).

Cependant, des revendications communes traversent les témoignages : 1) **la libération de la parole** des personnes concernées et pour la faciliter, la création d'outils, d'espaces mixtes et non mixtes d'échanges, 2) **l'organisation d'événements** pour sensibiliser le grand public et former un ensemble d'acteurs professionnels et profanes porteurs de préjugés ou a minima dans l'ignorance de la réalité vécue par les personnes stigmatisées, 3) **l'effectivité d'une « *intégration dans la vie de tous les jours* »** au sens d'une inclusion dans la communauté, dans toutes ses dimensions (culture, sport, milieu scolaire, formation, travail).





Les propositions font écho pour certaines à celles que les personnes concernées interviewées dans la première séquence de l'enquête avaient formulées :

« La Fac de Nîmes (psycho) nous a proposé une intervention sur la bipolarité. Ça s'est super bien passé. Les étudiants ne nous ont pas perçus comme des animaux de foire (...) Des petites interventions comme ça, ça serait super intéressant. Ça peut changer un certain regard sur nous. Aller à la rencontre des gens, ça désamorce un peu la bombe. »

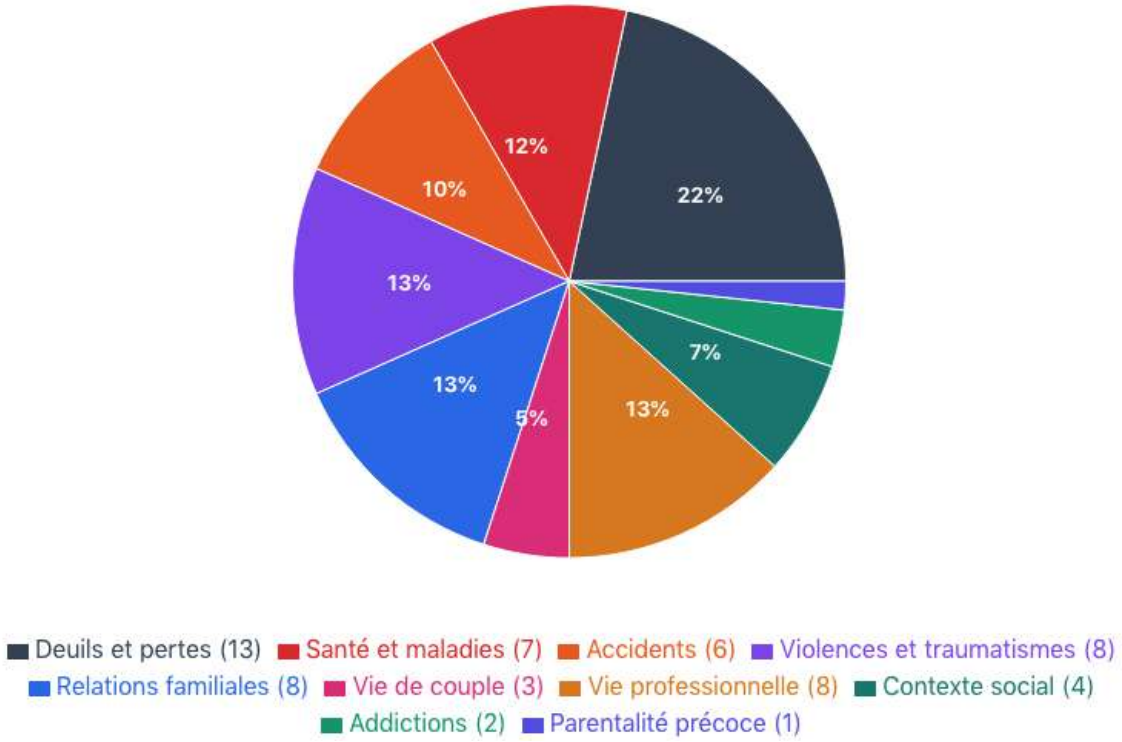
« Il faudrait sensibiliser à l'école, au collège, au lycée. Ça doit être très dur pour ces gamins. Et même les professeurs ne sont pas formés. Ils ne savent pas gérer... Sensibiliser au handicap ce serait pas mal. ».

« La priorité, ce serait une formation aux employeurs, ça ne ferait pas de mal ! »

C2-3 « Ruptures et traumatismes »

Le 27 novembre 2025, il a été demandé aux participants de décrire leur parcours, en qualifiant d'obstacles ou de ressources ce qui leur importait de placer sur une frise du temps.

De très nombreux participants font état d'une rupture dans leur parcours ou d'un vécu traumatique : deuils, accidents, violences subies, conflits familiaux, maltraitance ou accident du travail, maladies somatiques, séparations, pertes d'emploi ou de logement, fusillades urbaines.



Les participants ont globalement repéré trois grands ensembles d'obstacles, dont on trouve la version contraire au sein des ressources identifiées en miroir : l'isolement et l'exclusion, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, l'absence ou le retard d'accès à des professionnels du soin, du médico-social ou du social.

Les facteurs d'infléchissement des parcours tiennent d'abord aux liens personnels et à l'inclusion sociale de proximité tandis que l'accès souvent qualifié de tardif à des ressources adaptées de type cure, besoins de base (logement, droits au séjour) ou liées à des situations de handicap sont dépeints comme autant de bornes positives émaillant les parcours.

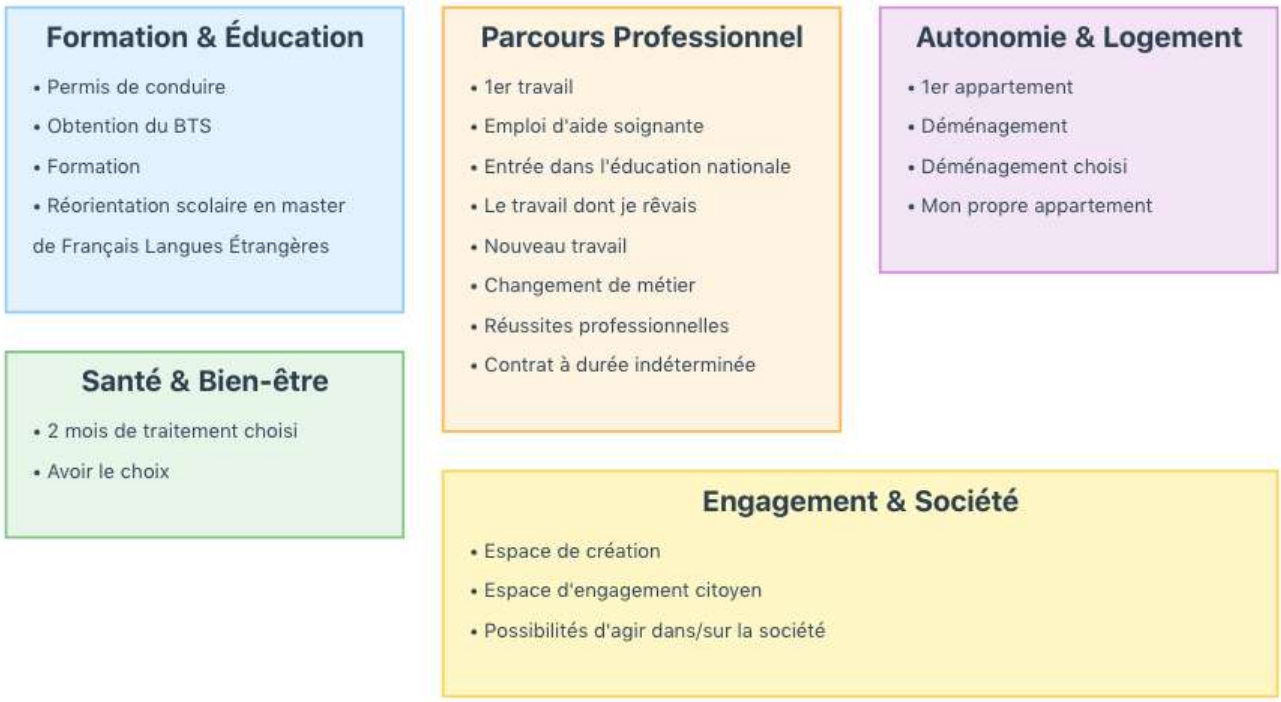
Le 12 novembre 2026, les participants au titre de leur statut d'habitant, de personne concernée ou d'aidant, ont cartographié leur univers relationnel. Force est de constater à leur lecture que les soutiens qui comptent le plus ne sont pas ceux des soignants. C'est bien à une inclusion sociale de proximité que les personnes font référence, en écho aux ressources identifiées dans leur parcours individuel dessiné le long d'une ligne du temps retraçant une trajectoire de vie.

Ces constats sur l'importance du lien font écho à la littérature sur l'interconnexion entre inclusion sociale et rétablissement en santé mentale : chacun influence et renforce l'autre. Ainsi, l'inclusion sociale permet aux personnes vivant avec des troubles de santé mentale de retrouver une place valorisée dans la communauté, de développer des relations significatives et de participer pleinement à la vie sociale. Quand une personne se sent acceptée et intégrée, elle peut reconstruire son identité au-delà de sa condition « psy ». L'accès à l'emploi, au logement, à l'éducation et aux activités de la communauté offre des opportunités de donner du sens à sa vie, de développer ses compétences et de retrouver l'estime de soi.

Inversement, le processus de rétablissement favorise l'inclusion sociale. En développant des stratégies d'adaptation, en renforçant leur autonomie et en trouvant un équilibre, les personnes deviennent mieux outillées pour naviguer dans les espaces sociaux et professionnels. En ce sens, le rétablissement ne signifie pas nécessairement l'absence de symptômes, mais plutôt la capacité de vivre une vie satisfaisante malgré les défis.

C2-4 Les conditions de l'autonomisation selon les personnes concernées

Enfin, parmi les ressources, une série d'items ont en commun de symboliser d'après les personnes concernées une forme d'autonomisation :



A ce stade, la question qui demeure est celle de l'objectivation possible d'obstacles et de ressources invariables ou communs aux personnes concernées, qui se sont exprimées lors des deux phases d'enquête. Ouvrir des espaces de témoignage, et a maxima soutenir le développement de différentes figures, du patient expert au médiateur de santé pair est une des conditions d'une autonomisation collective.

C2-5 Le statut relatif de l'expérience vécue

Un certain type d'événements ou d'éléments ont en effet été qualifiés par les mêmes personnes d'obstacles ou de ressources. C'est le cas des hospitalisations en psychiatrie, d'un déménagement, d'un placement en famille d'accueil sur trois placements, d'un passage en ESAT, d'un « mariage avec une personne alcoolique ».

Cela signifie donc que l'expérience d'une hospitalisation peut être perçue comme bonne ou mauvaise (le participant a alors qualifié l'hospitalisation de « traumatisante »), de même pour le couple (avec une personne aux prises avec ses addictions), le placement (cette famille d'accueil a été maltraitante), le déménagement (le participant précise que ce déménagement lui a été imposé).

Cette question nous avait déjà frappés lors de la première phase d'enquête sur les expériences contrastées d'hospitalisation en psychiatrie.

Ces témoignages nous invitent à rappeler que le processus de rétablissement, éminemment subjectif est un équilibre entre risque et protection et que l'analyse rétrospective des trajectoires de vie permet de comprendre qu'un même élément peut être qualifié d'élément de risque ou de protection d'un individu à l'autre, ou pour le même individu, d'une période à l'autre.

Larry Davidson et al. repèrent parmi divers facteurs de rétablissement des ressources matérielles correspondant à l'acquisition d'un espace de vie sûr, privé et sécurisé, et des ressources financières suffisantes pour s'engager dans des activités significatives, des relations sociales avec des « significant others »[14]. Mais il invite à systématiquement rapporter un état (être logé/non logé, avoir des ressources ou non, avoir des relations sociales ou non) au statut de l'expérience de cet état. Autrement dit, retrouver une famille qui est violente, déménager dans un appartement trop loin de ses amis ou bénéficier de ressources financières que l'on ne sait pas gérer peuvent être des éléments de risque.

Le statut positif ou négatif des facteurs dits objectifs de rétablissement demeure donc équivoque tant que l'on n'a pas mené pour chaque individu une analyse réimportant sa subjectivité.

Ce type d'analyse plaide pour des espaces de valorisation de l'expérience des personnes concernées au sein du Conseil Local de Santé Mentale ou générés par lui, qui ne reproduisent pas l'abrasion biographique propre aux mécanismes de catégorisation des individus insérés dans des filières de prise en charge, quelles qu'elles soient.

Cependant, une telle vision du rétablissement comme processus, par essence personnel et subjectif, a connu de nombreuses critiques, principalement parce qu'elle comporte « *une vision subjective et étroite du bien-être et [représente] un moyen de dissimulation d'une plus grande coercition où s'épanouir devient une capacité fonctionnelle* ». Versus une conception du rétablissement qui fait valoir un « *objectif de reconnaissance des problèmes résultant des difficultés et inégalités sociales, de l'impact de l'injustice sociale, de la discrimination, des difficultés d'accès au logement, aux droits et notamment au droit à la différence* »[15].

C2-6 La question du respect des droits

Les listes de vœux à la Prévert récoltées lors des travaux collectifs de novembre et décembre 2025 ne doivent pas occulter la dimension politique des enjeux propres à la création d'un Conseil Local de Santé Mentale et l'analyse d'une partie du matériau recueilli lors de l'enquête collaborative nous invite à les présenter à travers la question du respect des droits.

---

[14] L. Davidson, M. Borg, I. Marin, A. Topor, R. Mezzina, and D. Sells, « Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study », *Am. J. Psychiatr. Rehabil.*, vol. 8, nº 3, p. 177-201, sept. 2005.

[15] Stéphanie Wooley, « Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ? », *Rhizome*, n°65-66, décembre 2017.

Ainsi, lors de la première phase de l'enquête, la question du respect des droits fondamentaux a été spontanément abordée par les personnes interviewées hors la présence de professionnels ou de l'UNAFAM, avec des témoignages dénonçant des atteintes graves aux droits humains en milieu psychiatrique.

En outre, les personnes les plus « dépendantes » du système sanitaire et de l'aide sociale ont été les moins enclines à critiquer structurellement les institutions, contrairement aux personnes ayant été interviewées individuellement et présentant tous les traits d'une catégorie socio-graphiquement plus privilégiée.

Les « usagers de la psychiatrie » ou les personnes concernées par la souffrance psychosociale ne forment pas un groupe sociologiquement homogène et ne doivent pas échapper à une analyse en termes d'intersectionnalité[16].

Cette question affleure d'ailleurs à l'analyse du matériau recueilli lors des trois demi-journées. Elle permet de situer l'accès aux ressources comme une situation-problème repérée autant par les personnes concernées, les proches-aidants que les professionnels.

Ce constat impose nécessairement au futur CLSM un chantier consistant à ménager des espaces non mixtes pour les personnes concernées afin de garantir une parole libre, de former et de préparer ces personnes à participer à des groupes de travail mixtes. Le détour par une sociologie des personnes concernées s'impose également quant à la définition de priorités thématiques pour la future instance de concertation.

Enfin, la matinée du 9 décembre a donné lieu à une revendication forte quant à la nécessité d'être formé aux droits des patients ainsi qu'aux outils d'appui au consentement. L'un des groupes de travail a en particulier développé l'idée d'un projet de formation à la « personne de confiance en santé ». Figure totalement méconnue pourtant consacrée légalement par la loi Kouchner, qui pourrait être un premier jalon vers une formation plus globale sur les droits des patients et le rôle des proches-aidants.

[16] L'intersectionnalité est une notion employée en sociologie qui désigne la situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de stratification, domination ou de discrimination dans une société. Le terme a été proposé par l'universitaire afroféministe américaine Kimberlé Williams Crenshaw en 1989 pour parler spécifiquement de l'intersection entre le sexisme et le racisme subis par les femmes afro-américaines, et en évaluer les conséquences en matière de pouvoir.

Personne de Confiance
existe depuis 2002, à mettre en place à Nîmes.

Approfondir la connaissance d'une action/d'un dispositif :

En quoi est-il nouveau ? Implique-t-il de nouvelles manières de faire (méthodes-métier-autres) ?
≠ de la tutelle ou curatelle

A quels problèmes répond-il ?
Méconnaissance de cette ressource

Pour qui est-il pensé ?
Tous les patients et les proches

Quels acteurs le portent?
Patients, proches, médecin traitant + soignants, tous les pros du médico-social (CASF.)

Quels sont ses points forts/faibles? (CSP)
- méconnus
- règles de mise en place
- personnes isolées
- sachem reconnu dans la loi
- éviter la tutelle/curatelle

Quels sont ses moyens financiers?
Ressources à duplique : DAIP (Centre de Réhabilitation Psycho-social de Marseille) + HAS
A utiliser dans le milieu du soin et du social

Quels sont les risques?
- Mauvais accueil des professions médicales

C3 Dénouer la tension constitutive entre santé publique et accompagnement individuel

C3-1 Des liens « naturels » aux déterminants sociaux de la santé

Comment prendre en compte et mieux articuler les données collectives de santé publique (déterminants sociaux, prévention) avec le modèle de la relation interpersonnelle (médicale, de travail social etc. ?

L'émergence de la prévention, puis plus récemment de la promotion dans le champ de la santé mentale, en tant qu'elles produisent une action publique spécifique, est due à plusieurs facteurs. L'un est le constat que l'attribution de plus en plus grande de ressources dans le domaine médicalisé ne s'accompagne pas d'un impact probant sur la diminution des troubles de santé et plus particulièrement de santé mentale. Depuis des décennies, l'approche clinique a en effet tracé l'agenda du discours et des interventions en santé mentale, et même d'une certaine conception de la santé publique où l'on croyait faire diminuer les troubles mentaux en offrant des services efficaces et efficients pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Cette vision en santé mentale reflétait un peu trop mécaniquement la vision de la santé générale lorsque celle-ci est définie en creux comme absence de maladie.
De fait, le taux de prévalence des troubles de santé mentale n'est pas freiné par le développement des services psychiatriques qu'il ne s'agit pas d'incriminer au demeurant.

L'état de santé mentale dépend avant tout des liens sociaux et des liens naturels. De nombreux travaux attestent que la croissance de l'isolement social est un fléau autant sanitaire que social. Ce constat s'est vérifié lors de la première matinée du 12 novembre au Carré d'Art de Nîmes, lorsque les personnes concernées ont témoigné du fait que ce qui les aidait et le soutenait le plus, étaient d'abord les liens puisés dans leur vie quotidienne : certains membres de leur famille, ami(e), voisins, animaux de compagnie, et secondairement, le soutien des accompagnants et des soignants.

Le tableau ci-dessous reproduit les obstacles et ressources identifiées « en miroir » par les participants à la demi-journée du 27 novembre 2025.

Obstacles et ressources - L'importance du lien

Isolement et exclusion	**Lien social**
isolement et solitude	ne pas être isolé
isolement/ repli sur soi	avoir un lien
	importance du lien social
	mise en contact avec la communauté
	accès à des ateliers collectifs
	fréquenter le centre social avec plusieurs activités
déscolarisation	adaptation à l'école
absentéisme au collège et lycée	psy scolaire et instit pour le diagnostic HPI
école inadaptée	suivi CMPEA et aménagement de la scolarité
	aménagement scolaire + HDJ (mais délais et séquençage rigide)
	MDPH : AESH
	collège : dispositif d'autorégulation des émotions (psy et éducateur), aide l'enfant et sensibilise les enseignants
pas de groupe de parole pour une veuve	
	bénévole dans une association (GEM, accueil JDV, Restos du cœur
	Président de l'association Nous et le Monde
	GEMs (cités plusieurs fois)
	rencontre avec des alter égaux au GEM
	rencontre avec l'asso
	découverte d'ARTEGEM
	association des Alcooliques Anonymes
	bénévolat avec le sport adapté
	investissement dans la vie associative et témoignages dans différentes structures
pas de famille ni d'amis	fort soutien des parents
	amis qui se sont rendus disponibles (deuil)
	parents aimants
	classe moyenne sup
	parents soutenants
	chance d'avoir des parents médecins, des projets et confiance en l'amitié + des passions (piano et cheval)
	aide de mes parents ++ et proches souvent présents
	Mon meilleur ami suite à un grave accident de la route
	Copains école ballades le weekend

vie affective et amoureuse renvoi de 1ère année de prépa mise à la porte du CAT, ne plus pouvoir travailler	parents entourage familial et professionnel la naissance de ma fille présence des enfants naissance de ma fille naissance de mes enfants Amour Vie de couple Union libre

De fait, l'approche de santé publique en santé mentale insiste sur les déterminants sociaux et culturels de santé[17] en situant le domaine de la prévention et de la promotion dans un espace beaucoup plus large que le soin ; espace qui intègre les conditions du contexte socio-politique et les milieux de vie. Quelques jalons définitionnels sont ici nécessaires.

Les définitions de la santé publique varient selon les écoles et les époques. Toutefois, on y retrouve deux postures qui permettent d'éclaircir cette notion. Une première série de définitions polarise la santé publique sur une mission de lutte et de prévention des maladies**.**

Une seconde définition positionne la santé publique comme un champ d'intervention pluridisciplinaire qui « s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects curatif, préventif, éducatif et social » (OMS, 1973). Cette définition se situe dans le paradigme de la « nouvelle santé publique » qui repose sur une meilleure compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie déterminent la santé mentale. Au cours de son extension, la santé publique s'est peu à peu différenciée du système de soins psychiatriques particulièrement sur l'offre de service, les acteurs interpellés, la temporalité et les types d'efficacité. De plus, le système de soins (dont le modèle de l'accompagnement

[17] Les travaux pionniers de Richard Wilkinson et de Michael Marmot sur la santé mentale ont démontré l'impact négatif des inégalités sociales sur la santé mentale et le lien inextricable entre santé et justice sociale. Le terme d'inégalités sociales de santé mentale renvoie d'une part à la relation entre la santé mentale et l'appartenance à une catégorie sociale et d'autre part aux « différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables et qui sont potentiellement évitables ». Ce prisme permet de penser et d'entreprendre des actions sur différentes échelles qui inscriraient la santé mentale, dans la prévention des maladies et la promotion de la santé, dans le cadre d'une relation sociale et collective plutôt que comme une dimension uniquement curative. Les déterminants sociaux de santé mentale sont des indicateurs essentiels permettant de mesurer les inégalités sociales de santé. Ils se définissent comme « [des] *facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des gens. Ces facteurs sont apparents dans les conditions de vie et de travail de tous les jours. Les DSS influencent la santé et particulièrement la santé mentale, en bien ou en mal, de nombreuses façons. Les écarts extrêmes dans les revenus et la richesse, par exemple, ont des conséquences négatives pour la santé des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, et ces effets sont amplifiés quand ces personnes sont rassemblées dans des régions pauvres*. ». La prise en compte de ces déterminants est essentielle pour combattre efficacement les inégalités sociales de santé mentale avant, pendant et après le soin. Pourtant, leur considération dans les politiques publiques est insatisfaisante, ce qui a été rendu particulièrement visible avec la pandémie Covid-19.

participe) vise une relation le plus souvent individuelle entre aidant et aidé, soignant et soigné, éducateur et éduqué etc. A contrario, une approche de santé publique vise des populations et donne à voir non pas des « cas » mais des problèmes. La notion de « problème de santé publique » prend ici tout son sens. Très souvent référé à un questionnement partagé par une collectivité, le « problème » sert ici à suggérer l'importance d'un fait qui affecte la santé d'une population ou d'une communauté mais dont personne n'a réellement la légitimité et les moyens pour tenter de le résoudre. Le codage en termes de santé publique indique aussi que le problème ne sera pas seulement résolu par des pratiques de soins au singulier.

Lors de la première phase d'entretiens se dessinait déjà une tension forte entre une approche collective, contextualisée et située en vis-à-vis de témoignages de bénévoles et de professionnels. Ceux-ci, tout en mobilisant principalement des « cas » les hissaient implicitement ou explicitement à la hauteur d'exemples idéaux-typiques illustrant une tendance sociétale plus large. Ce faisant, ils intégraient dans leur expérience des causes plus systémiques permettant de contextualiser telle ou telle rupture ou difficulté dans la prise en charge des cas suscités (par exemple, l'absence de chez soi ou l'usage des écrans et de la technologie du net). Nous avons donc proposé lors de la troisième matinée d'investiguer collectivement cette tension en demandant aux personnes présentes (dont nous rappelons ici l'hétérogénéité) de discerner au-delà des situations individuelles quels étaient les déterminants sociaux et culturels de santé mentale sous-jacents à ces situations[18].

C3-2 Certains déterminants sociaux de santé sont bien repérés

La reprise des données recueillies permet de dresser une cartographie mentale collective sur cette situation problème concernant les représentations des acteurs nîmois présents lors de cette matinée. « *Les effets de la pauvreté sur les besoins sociaux de la population sont très nombreux. Le taux de pauvreté est l'un des facteurs clefs pour comprendre un territoire* »[19]. 31% de la population nîmoise vit sous le seuil de pauvreté (Insee, 2021).

En premier lieu, l'accès aux ressources financières est un déterminant majeur de santé mentale. Il pose frontalement la question des inégalités sociales. La société salariale (Castel, 1996) est de plus en plus « barrée » pour les personnes concernées. Les parcours recueillis insistent sur

[18] La thématique à mettre au travail était libellée comme suit : *De la même façon que pour la santé publique, divers facteurs influencent la santé mentale d'une personne. Parler des déterminants sociaux et culturels de la santé mentale, c'est s'intéresser à ce qui favorise ou non l'accès aux soins et à la prévention ainsi que ce qui contribue directement au bienêtre et à la qualité de la vie. Les déterminants de la santé mentale sont matériels (avoir un logement/des ressources financières/une famille/ un titre de séjour etc.) ou symboliques (qui tiennent aux représentations). Par exemple, ne pas avoir un logement est un obstacle à l'efficacité d'un soin, ne pas maîtriser la langue du pays dans lequel on se soigne entrave l'accès aux soins, avoir peur d'aller voir un psychologue parce qu'on l'associe au fait d'être « fou » est un obstacle culturel, grandir dans une famille où il est normal de parler de ses difficultés et de se soutenir, est un facteur de protection de la santé mentale.*

[19] Cf. Diagnostic et projet social du territoire de la convention territoriale globale V2 janvier 2026-2030, p. 16.

les ruptures dues aux licenciements, les fins de droits abruptes, ou des situations de mise au placard dans les collectifs de travail percevant la personne comme « malade ou inapte ». La revendication d'une reconnaissance des capacités à travailler va également de pair avec une demande adressée aux employeurs de s'adapter à certaines spécificités. Ces ruptures biographiques inaugurent des problématiques traumatiques à fort impact sur le devenir des personnes concernées. Dans un contexte d'affaiblissement de l'Etat providence, les politiques sociales redistributives, pour lesquelles de nombreuses personnes concernées sont éligibles, jouxtent des situations d'insécurité sociale et psychologique particulièrement importantes pour les situations allocatives (pension d'invalidité, RSA, chômage, CMU suspendue ou retardée etc.). L'accès ou le non recours aux droits (Cf. les travaux de l'Odenore, 2022) provoque des ruptures systémiques dans l'accession aux ressources ou aux circuits administratifs de plus en plus inatteignables (Cf. les situations d'analphabétisme ou de barrière de la langue).

En second lieu, vient un déterminant socio-anthropologique ayant trait à **l'habiter** dans ses dimensions matérielles, symboliques, émotionnelles et de bien être mental en vis-à-vis de la rupture morbide de l'isolement social (parfois au sein même d'une famille). « Habiter » implique mais outrepasse « se loger » car ce verbe porte en lui un horizon d'inclusion essentiel pour une santé mentale suffisamment bonne. En ne se limitant pas aux solutions de logement indigne car insalubre, d'hébergements d'urgence et temporaire, l'habiter est une des conditions systémiques pour promouvoir le pouvoir d'agir liant santé mentale et déstigmatisation. Le problème à dénouer oppose deux situations : celle des personnes jouissant d'un chez soi et celle des personnes sans chez soi, même si elles bénéficient d'un abri /refuge plus ou moins temporaire. L'accent doit être mis sur la nécessité de conquérir ou de préserver un lieu à soi ou la sécurité ontologique de base est assurée. Cette perspective définitionnelle ouvre un spectre large d'investigation, de politisation de la question mentale à propos des politiques du logement social et plus largement sur les modalités du vivre ensemble sur le territoire nîmois. Particulièrement, les données de l'enquête pointent la question des mobilités péri-urbaines comme un frein récurrent (manque de transports collectifs accessibles).

Un troisième déterminant partiellement connecté au premier, (habiter ou non sous le même toit) concerne l'importance de la famille, de l'éducation et du lien social de proximité. Concernant la diversité des modèles familiaux, les énoncés recueillis sont récurrents et se disent avec des mots ritournelles : emprise familiale, contexte social hostile aux soins, divorce, séparation conflictuelle des parents, violence intrafamiliale, décès brutal d'un conjoint, absence ou présence de soutien d'un ou plusieurs membres de la famille, la situation de recomposition familiale dont les familles monoparentales est devenue une manière ordinaire de « faire famille ». En 2022, 30% des mineurs à Nîmes vivent dans des familles monoparentales[20]. (A ce propos certain(e)s ont introduit la question des normes genrées en faisant remarquer que la majorité des aidants était des femmes). Cette nouvelle donne sociétale outrepasse l'idéal de la famille nucléaire in-

[20] Diagnostic et projet social du territoire de la convention territoriale globale V2 janvier 2026-2030, p. 20.

dissoluble qui seule permettrait le développement idéal de ses membres. La notion de « constellation familiale complexe »[21] permet de penser et de mettre au travail la réalité des relations familiales contemporaines en tenant compte des divers systèmes d'appartenance qui ont créé les liens familiaux actuels.

Une autre institution extra-familiale déterminante est l'école. L'institution scolaire n'est pas imperméable aux évolutions sociétales. Elle est particulièrement impactée par la recherche, parfois perçue comme craintive et timide, de nouveaux modes de collaboration avec les familles et avec les élèves. De plus, elle est soumise durablement à la révolution technologique d'internet dont certaines conséquences jouxtent des problématiques de troubles. Les défis afférents à ces deux mutations sont immenses en termes de santé mentale. A ce propos, les constats délivrés tout au long de l'enquête sont ambivalents. L'institution s'est dotée **en interne** de dispositifs ad hoc (tentant de répondre aux nouveaux enjeux : phobie scolaire, addictions aux écrans, fracture numérique, sexualité, ruptures scolaires, absentéisme, déficit d'attention et d'acquisition, perte de concentration etc.). Mais la coordination de l'Education Nationale avec les ressources de santé mentale présentes sur le territoire semble, aux dires des participants, freinée par la culture verticale et parfois obsidionale de l'institution scolaire. Le déterminant social et culturel sous-jacent à cette double mutation concerne la réduction des inégalités sociales dans l'acquisition des savoirs sur les questions de santé mentale et d'accès aux soins (double notion d'injustice et d'agentivité épistémique) dont la maîtrise devient primordiale pour dénouer ou négocier un parcours de soins, lorsqu'un membre de la famille est confronté à l'émergence de mal être et/ou de troubles pour lui-même ou l'un de ces proches (stress, burn out des mères ou des enseignants, surcharge mentale, dépression, troubles mentaux sévères, etc.).

Pour autant tout ne se joue pas dans la famille ou à l'école, il nous faut insister de nouveau sur l'importance des liens sociaux de proximité comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction. Les participants et surtout les personnes concernées constatent que le lien amical, civil ou de citoyenneté joue un rôle essentiel, soit dans la prévention des troubles, soit dans le processus de rétablissement (Farkas, 2018)[22]. Ce constat est validé par de nombreuses études scientifiques. Selon l'OMS, les personnes qui se sentent seules sont deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression.[23] La pratique religieuse, les pratiques sportives et culturelles, (lecture, loisirs, musique, ballade/ nature) contre-poisons essentiels, redonnant du sens aux liens sociaux, ont été maintes fois cités dans l'enquête. L'inégalité sociale ici pointée, est celle du regard non inclusif du public « ordinaire » ou la difficulté objective ou subjective d'accès à ces pratiques.

[21] SCHMIT, Gérard, 2005. Les constellations familiales complexes. In : FURTOS, J., et LAVAL, C., La santé mentale en actes. Toulouse : Erès : pp. 41 à 50.

[22] Marianne Farkas, « L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre » », Vie Sociale, pp. 53-74.

[23] From loneliness to social connection, charting a path to healther society, OMS, 2025.

C3-3 Des obstacles relevant du système de soins sont perçus comme des déterminants sociaux de santé

La sortie de l'hôpital sans relais avec les médecins généraux (à qui s'adresse la famille pour avoir de l'aide lors d'un premier épisode psychotique ?), l'accès aux premiers soins, le traitement insatisfaisant des situations d'urgence, les ruptures de traitement, la compliance aux médicaments, la possible défaillance des proches-aidants (burn out), la méconnaissance des structures de soins par les professionnels, les cloisonnements de prise en charge, les difficultés d'orientation etc., ont été souvent perçus et classés comme des déterminants sociaux de santé. De même, la difficulté à différencier l'anosognosie caractéristique de certaines pathologies (Alzheimer par exemple) du déni d'une détresse mentale (qui relève de la psychologie) relève d'une sémantique clinique et non populationnelle. Bien sûr, ces questions sont pertinentes et concrètes. Elles se posent en vis-à-vis d'un système de prise en charge médico-centré qui demeure dans la carte mentale collective comme l'alpha et l'oméga des solutions à apporter. Ces sollicitations/appels semblent d'ailleurs plus portés par des soignants, éducateurs et aidants bénévoles, qu'elles ne sont mises en avant par les personnes concernées qui ressentent prioritairement dans leur expérience de vie, la prégnance délétère et souvent implacable des inégalités sociales et culturelles de santé. Ce trouble constaté sur le périmètre des concepts et sur la sémantique, loin d'être à bannir, est heuristique pour la suite des travaux du CLSM.

C3-4 Apprendre ensemble une culture de santé publique

Récapitulons : l'approche de santé publique pose la question de la probabilité d'évènements négatifs soit en termes de responsabilité politique, soit en termes d'impact collectif faste ou néfaste. L'exposition des individus ou des groupes à plusieurs déterminants augmente l'occurrence des risques psychosociaux et donc multiplie les obstacles lors des séquences d'accompagnement individualisé. Cela dit, il faut tout de suite préciser que si l'approche de santé publique se coupait de celle des systèmes de soins, elle serait inefficace car elle se départirait de ces relais les plus importants.

De ce point de vue, les situations de comorbidité avec addictions sont illustratives[24] de cette nécessité d'une double approche. Si les préoccupations de santé publique sont de plus en plus posées par des acteurs extérieurs à la psychiatrie (cf. l'élaboration du PTSM par exemple), c'est de l'institution psychiatrique et en fonction de sa structuration propre que le « continent » de la santé publique en santé mentale peut accéder ou non à la visibilité politique et à la légitimité scientifique.

[24]Quand le contexte des déterminants (narcotrafic) et les effets sur le système de santé (manque de moyens et cloisonnement des prises en charge), se conjuguent négativement.

Les situations problème de santé publique sont globalement perçues par les acteurs majoritairement au travers du prisme des situations individuelles. Afin de ne pas se laisser envahir par une sorte de fatalisme réaliste, renvoyant les « cas » accompagnés à des destins sociaux, une perspective de santé publique montre que les situations/problèmes relèvent de construits sociaux sur lesquels il est possible d'agir collectivement à l'aide de techniques et de disciplines nombreuses à coordonner.

C'est exactement la situation qui prévaut sur le territoire nîmois.

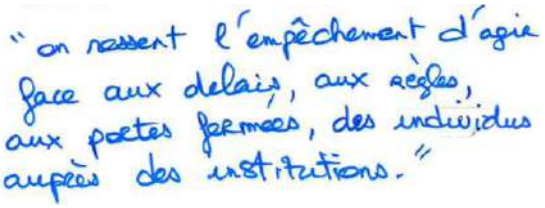
Et la suite…

In fine, parmi tous les déterminants repérés, c'est la question de **l'habiter** qui rassemble car elle oblige à une collaboration entre les données de santé publique et le système de soins. Mais cet objectif ne peut aboutir que si le choix des personnes concernées est entendu. Celles-ci veulent un endroit à elles, et demandent des logements diffus, intégrés dans la ville, offrant intimité, sécurité ou elles sont libres du suivi de leur trouble et libérées des exigences des programmes éducatifs ou de soins par paliers.

Nouer la question de l'habiter (se loger décemment, voisiner, se lier, se soigner, s'autonomiser) et ses impacts positifs sur la santé mentale est une porte d'entrée stratégique à mettre au travail dans le cadre d'un CLSM. Si celui-ci n'a pas le pouvoir de l'offre de logement, il peut construire collectivement un plaidoyer solide ajusté au territoire nîmois sur le lien étroit entre santé mentale, droit à un chez soi, rétablissement, réhabilitation psychosociale en s'inspirant des méthodes et des valeurs du mouvement international du Housing First, mais en outrepassant la cible étroite des personnes sans domicile fixe (Laval et al., 2019).

Ce chantier nécessite en amont une consolidation de la connaissance partagée des acteurs engagés sur le territoire nîmois. Une formation pluridisciplinaire (intégrant les personnes concernées) sur les déterminants sociaux et culturels, les inégalités sociales en incorporant les notions d'agentivité et d'injustice épistémique pourrait être un premier jalon fédérateur d'autant plus impactant si elle était conçue transdisciplinairement et avec les acteurs culturels (centre sociaux) et services culturels de la ville dans une optique à la fois ludique et pédagogique. Une perspective type « un chez soi d'abord » qui insère les ressources soignantes dans une priorité d'habitat, nécessite de préparer en amont sur le territoire une culture commune combinant des apports de santé publique, de réduction des risques, de soins et de rétablissement.

C4 La situation problème de l'accès aux ressources



C4-1 Une volonté partagée de décloisonnement

De fait, concernant la santé mentale, le paysage nîmois est en pleine évolution. Les acteurs interviewés pointent à la fois un manque et un désir de coordination entre la prise en charge psychiatrique, l'aide sociale ou éducative. Mais ils témoignent aussi des initiatives en travail pour y remédier. Ils cherchent à fluidifier l'héritage institutionnel historique qui peine à garantir un accès à une meilleure santé mentale, à un accès aux soins adapté aux situations cliniques contemporaines, à des demandes d'accompagnement de plus en plus hétérogènes et singulières. Cette volonté de changement des acteurs sur le terrain vers plus de transversalité, de décloisonnement et de proximité avec les demandes des personnes concernées, est un objectif communément partagé, en écho à la critique récurrente des politiques en silo diagnostiquées depuis trois décennies au niveau de l'évaluation des politiques publiques nationales. Bref, concerter, mobiliser et s'associer avec les usagers vise à définir des actions à promouvoir selon une méthode plus ascendante.

Un double mouvement : territoires institutionnels versus dispositifs en filière

Mais au-delà des aspirations pour « faire ensemble », il s'agit de se mettre d'accord à l'échelle d'un territoire sur les situations les plus problématiques à prioriser et à prendre en charge. Sur le territoire nîmois, on assiste à un double mouvement :

- Une difficile effectivité des missions conventionnelles dans un contexte difficile de manque de moyens institutionnels, devenu une quasi nouvelle norme politique. Les délais pour une première prise en charge de soins ou pour une demande sociale sont de plusieurs mois. Particulièrement, le système de soins ne semble pas suffisamment réactif en temps réel, selon la perception des familles et des personnes concernées.

- L'émergence de dispositifs « sur mesure » encore peu pérennes déployés « hors les murs » parfois dans des « friches » institutionnelles, qui s'adossent tout contre l'institution mère en même temps qu'ils débordent les règles instituées et les cultures professionnelles (assorties parfois de résistances en interne d'où la nécessité de formations pluri-partenariales). Ce terme[25] de **dispositifs** désigne certaines interventions qui impliquent l'idée de « montage ad

[25] Cf. Jacques Ion et al., Travail social et souffrance psychique, Dunod, 2005.

hoc » répondant à la fois à une territorialisation ciblée et une singularisation de l'action sur une frange du public repérée mais difficilement atteignable (ex : Psy trucks). Cette pluralisation de dispositifs est une évolution générale qui est aussi à l'œuvre dans le travail socio–éducatif, dans la politique dite de la Ville, et plus largement dans le bassin de vie ou d'emploi de la métropole, que ce soit dans les quartiers ou en centre-ville : réseau santé précarité, équipes mobiles, ateliers bien-être ou dit « de charge mentale », point écoute, où les psychologues, les éducateurs et les infirmiers sont en première ligne. [26]

Lors de la première séquence de l'enquête, plusieurs axes de travail prioritaires ayant trait aux ressources du territoire se sont dégagés :

- Trouver des réponses aux demandes croissantes d'accompagnement en lien avec une précarisation accrue ressentie par tous les acteurs (comme étant en lien avec les problèmes de santé mentale) ;
- Organiser une réponse coordonnée aux nouvelles pathologies et nouvelles conduites à risque : addictions, harcèlement, écrans, troubles neuro-développementaux, avec un focus sur les jeunes et adolescents, etc. ;
- Améliorer la coordination des acteurs (offre institutionnelle et tissu associatif dense mais peu coordonné) ;
- Soutenir les projets décrits par les différents acteurs.

Ces chantiers sont à mettre en lien avec la question de la désynchronisation des accompagnements.

C4-2 Désynchronisation des accompagnements

La première phase d'enquête a révélé que les temporalités des accompagnements, médical, médico-social et social pouvaient se « désynchroniser ».

Cette désynchronisation entraîne des ruptures et un désajustement des accompagnements. Les interlocuteurs interviewés individuellement ont, par exemple, pointé la difficulté d'accès au logement et la nécessité de disposer d'interlocuteurs en la matière (notamment des travailleurs sociaux), ou le décalage entre la sortie d'hospitalisation, et la mise en place de soutiens dans le logement, tels que les aides ménagères, la livraison de repas, ou d'autres formes d'aide à domicile.

[26] Dans un récent colloque au Vigan, Cyprien Avenel (sociologue) pointait la démarche d'aller-vers inscrite dans l'actuelle rénovation des politiques sociales et de santé : « il s'agit d'activer l'ensemble des leviers pour combattre à la source les inégalités avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de repérage et de prévention, plutôt que de réparation, et afin de promouvoir les droits fondamentaux et l'autonomie des personnes. La pandémie de la Covid-19 a provoqué un renforcement de l'"aller- vers", afin de prévenir une dégradation de leur situation, dans une démarche de " prendre soin " et d'accès aux services d'aides. »

Les exemples étaient nombreux : absence de réactivité, durant l'hospitalisation, des mandataires à la protection des majeurs, qui compromet l'organisation du projet de soin post-hospitalisation, fragilise les personnes durant l'hospitalisation (besoins en tout genre non couverts) et empêche l'établissement de se conformer à ses obligations en termes d'information en cas de soins sans consentement ; fonctionnement en silo des services entravant la possibilité de traiter les comorbidités « troubles psychiatriques et addictions ».

« Nos consultants deviennent de plus en plus « lourds » en termes de comorbidité (ex : un usager de crack est refusé en hospitalisation psychiatrique). Avant on avait une clinique qui acceptait les comorbidités. »

Plus globalement, outre qu'ils posent la question des moyens dont les structures doivent disposer a minima pour proposer un service à la population correspondant à ses besoins dans tous les territoires de la ville, ces désajustements invitent à réfléchir à la logique de filiarisation versus celle de l'adaptation du « droit commun » pour des personnes cumulant situation de handicap majeure et isolement social.

« Le droit commun ne fonctionne pas assez vite (MDPH, SAMSAH…). Les SAMSAH ne sont pas adaptés pour ces patients-là. Il n'y a pas de souplesse dans les structures de droit commun. Nos patients ont eu des actes médico-légaux pour 50 %; et ils ont un étayage familial très très faible… La majorité d'entre eux veut être suivie par les mêmes équipes (HDJ et appartements thérapeutiques). »

Deux options subsistent en effet en la matière : développer une offre spécifique sous la forme de filière ou sensibiliser, former, adapter le droit commun aux besoins spécifiques de ces personnes et patients très « psychiatrisés ».
Les mêmes questionnements touchent la question de l'accès au logement. Deux besoins sont identifiés : favoriser l'accès à des logements ordinaires, en diffus, et développer l'habitat inclusif étayé.

C4-3 Désir et complexité d'une approche globale

Les personnes concernées pointent la nécessité d'articuler projet de soin et projet de vie, c'est-à-dire à une approche globale au sens de « multi-dimensionnelle » de leur situation.

Les acteurs professionnels interviewés dans la première séquence se sont montrés pris dans une contradiction entre un réel désir et une volonté de décloisonnement et des difficultés à réaliser ce décloisonnement.

La seconde séquence de l'enquête collaborative valide a priori cet axe prioritaire mais en complexifie la portée.

Ainsi, qu'il s'agisse de dégager des priorités et défis pour l'avenir (travail de groupe du 12 novembre), d'identifier des actions ou dispositifs à mettre en place (travail de groupe du 27 novembre) ou expliciter des projets déjà engagés (travail de groupe du 9 décembre), les réponses et témoignages se concentrent sur les mêmes défis concernant l'articulation entre acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.

En réponse au désajustement **dans le temps** des réponses apportées par les professionnels et institutions et **au fractionnement** des problématiques rencontrées par les personnes concernées **dans leur parcours**, les groupes de travail ont approfondi les priorités esquissées dans un premier temps.

Qu'il s'agisse des références à des case manager existants ou appelés à exister, de la projection d'une maison pluridisciplinaire rêvée où toute personne trouverait tous les professionnels dont elle a besoin en un même lieu, que l'on regrette les « référents de parcours », les professionnels vont quant à eux prôner qu'un dispositif, le système ou une personne dédiée ait une **unité de vue** sur la situation et le parcours d'une personne aux prises avec un trouble psychique ou un mal-être préoccupant, de sorte que soient prises en compte dans un accompagnement les différentes dimensions de sa vie.

A la question des désajustements dans le temps, les participants aux groupes de travail des temps collectifs ont pointé la nécessité pour le Conseil Local de Santé Mentale de travailler sur les leviers facilitant une **approche globale** des besoins des personnes et d'un **accompagnement pluridisciplinaire continu.**

Problèmes repérés	**Priorités**
manque d'approche globale des besoins de la personne *pas de vision systémique de la personne* *errance médicale : qui prend en charge en cas de plusieurs pathologies (addicto et psy) ?* *prises en charge cloisonnée et fractionnée* *manque de coordination Ville-hôpital* *cloisonnement des intervenants* *parcours médical insuffisamment coordonné aboutissant à des ruptures de droits* *ruptures de médicaments* *repéré dans Des idées pour des actions* *Pbl : approche médicale (pas individualisée)*	*pluridisciplinarité/coordination des acteurs autour d'une même situation* *décloisonnement* *coupler soin et accompagnement social de façon impérative* *prise en charge « intégrée » (ex : pathologie duelle)* *faciliter le réseau* *créer une plateforme regroupant tous les dispositifs et facilitant la mise en contact des usagers, des familles et professionnels* *créer une plateforme d'information et de coordination en santé mentale* *développer une plateforme départementale regroupant les dispositifs*

	articulation entre les projets et dispositifs *plus de coordination entre les différents corps santé/addictions/psy* *assurer le maillage des parcours* *développement de l'ambulatoire : avec une coordination de parcours par des case managers* *travail interdisciplinaire autour de la situation d'une même personne* *meilleure connaissance de tous les dispositifs entre professionnels et famille pour la personne concernée* *suivi de parcours par un coordinateur unique* *coordination territoriale* *éviter les ruptures de lien, de projet, de confiance, de projection future, de communication entre l'usager et les institutions* *continuité du parcours X 2* *éviter les ruptures de parcours de soin* *fluidité des parcours* *orientation vers le bon interlocuteur pour une orientation globale* *coordination des professionnels de santé* *la confiance entre partenaires* *plus de lien entre la personne et le médico-social* *travail de coordination entre le CHU la psychiatrie et la protection des majeurs* *secret professionnel partagé mais jusqu'où ?*

Si on prend l'exemple au Canada, les infirmiers sont chargés, dans les hôpitaux psy, de avoir une veille psychologique afin d'assurer que le patient est un accompagnement psy en dehors, que le logement est adapté. Ils peuvent également construire des projets pers (reconversion professionnelle...).
En résumé : Créer ou renforcer des postes dans les hôpitaux psy dédié à la sortie d'hospitalisation

C4-4 Des ressources non repérables ou non accessibles ?

Les personnes interviewées lors de la première séquence de l'enquête avaient pointé deux types de besoins concernant l'offre : être informé des ressources mobilisables, être soutenu dans la durée. Elles en appelaient à une « réponse en cas de crise ou d'angoisse », pour les personnes et leur environnement (ligne d'écoute, équipes mobiles formées, etc.).

« Il faudrait un pôle de psychologues, qui soient disponibles quand on est angoissé. »

« L'une des priorités ? Il faut savoir réagir par rapport aux situations de crise psychotique. Les gens sont démunis. Une formation PSSM est insuffisante. En fait, il faudrait des équipes mobiles ça manque un peu comme faire venir SOS-Médecins, il faudrait SOS psychiatre ; moi j'ai appelé pour mon voisin. Et la psychiatre ne m'a pas rappelée. »

« Il y a un gros besoin : ce sont les solutions pour la crise pour les proches, les patients, les voisins. On nous parle de crise psychotique mais parfois on avait juste besoin de voir quelqu'un vite mais même brièvement. Il devrait y avoir les services médicaux d'urgence. Plus une ligne d'écoute. »

Les personnes concernées demandaient en second lieu de connaître les lieux et contacts ressources, en particulier à la sortie de l'hospitalisation, lorsque l'hospitalisation est la porte d'entrée dans un parcours de soin :

« Pour les jeunes hospitalisés à la clinique, quand ils sortent, ils n'ont pas de structure de soutien. Et l'hôpital de jour, c'est une journée toutes les deux semaines. À la sortie de l'hôpital il y a aussi le problème du logement ou de l'hébergement adapté (plus le logement avec les parents). »

« Quand on sort d'hospitalisation, on n'a pas un petit livret avec tous les endroits où aller. Le psy m'a envoyé balader. J'avais conscience de rien. C'est un ami qui m'a parlé du GEM. Sinon impossible à savoir. »

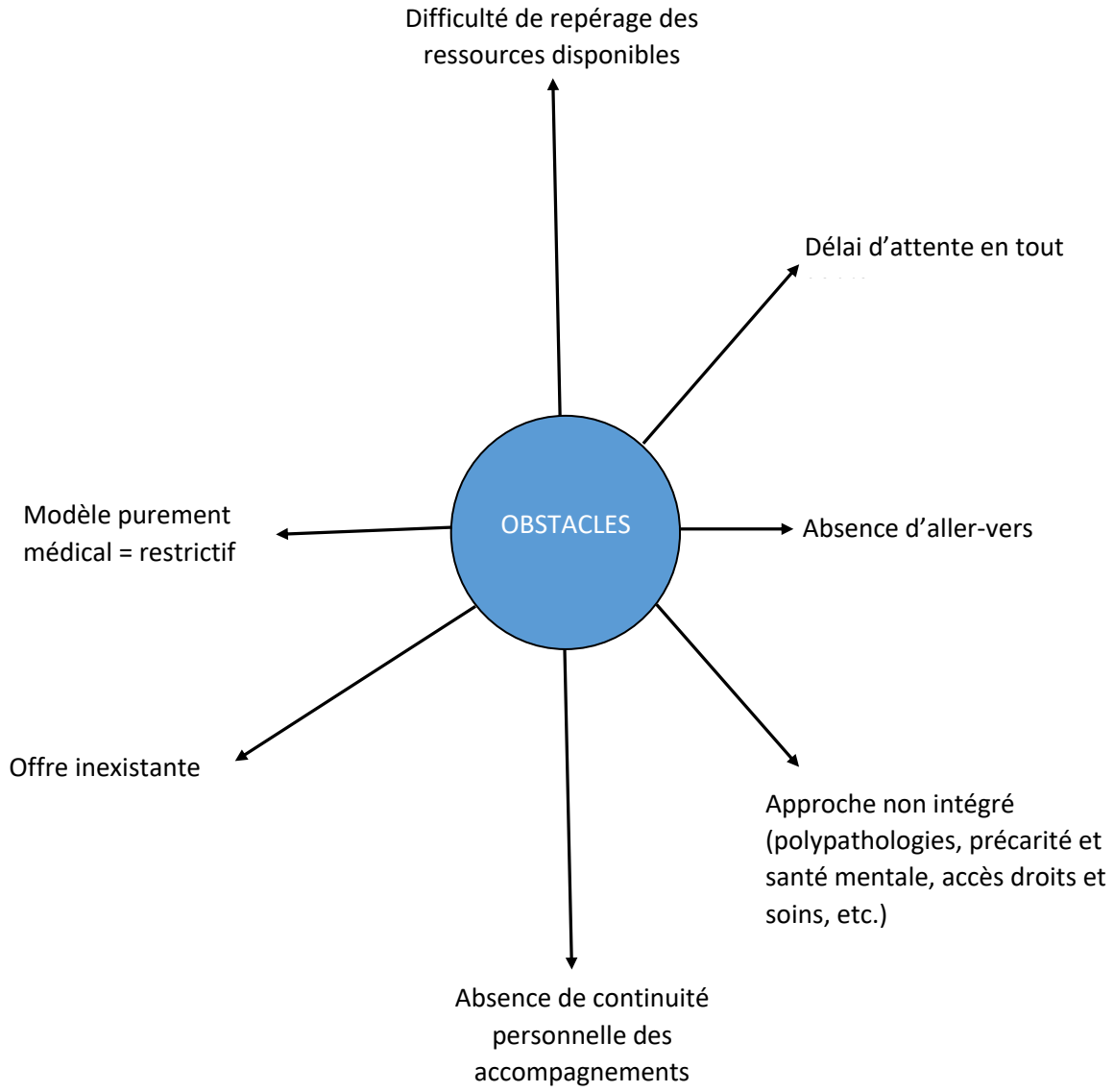
« Il faudrait un livret, dépliant et un affichage. Avec les infos sur les GEM, l'UNAFAM, les ESAT, une cellule psy, l'HDJ, Gard Espoir, les centres sociaux, les SAVS, etc. »

« Avec l'objet en 2/3 lignes et les contacts. Sinon tu ne sais même pas où aller. Il faudrait qu'on nous explique les notifications MDPH, la CAF… Un guide, un kit d'orientation » « Un kit de survie, avec les structures, les numéros, les activités ».

« Ça peut changer une vie, un point d'accueil, un point de chute. Pour ne pas se retrouver seul. Dans notre tête, on sort de l'hôpital, on se dit qu'on est le seul à partager ça. Il faut des

informations, des flyers, des livrets… et des AS de quartier. Il faut avoir des informations DÈS LA SORTIE de l'hôpital.»

Quels sont les obstacles que les personnes concernées ont repérés lors de la seconde séquence, dans leurs parcours, hors événements de vie et traumatismes divers, qui tiennent à l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale ?



Les participants ont globalement identifié, en sus des difficultés de repérage des ressources disponibles, les obstacles suivants :

- Délais d'attente en tout genre,

- Absence d'aller vers,
- Approche non intégrée (polypathologies, précarité et santé mentale, accès aux droits et soins, troubles psychiatriques et addictions, etc.),
- Absence de continuité personnelle des accompagnements,
- Offre inexistante,
- Modèle purement médical jugé restrictif.

Plusieurs autres constats majeurs sont en outre partagés :
- Les effets délétères d'une errance diagnostique de plusieurs années associée à des traitements médicamenteux inadaptés,
- Les entraves à une thérapie (financières notamment),
- La valorisation du choix par rapport à une offre diversifiée (bénéfice d'une proposition non médico-centrée, critique de la contrainte, de l'enfermement et du non-respect des droits),
- L'absence de médecin traitant désigné comme un obstacle majeur pour l'accès aux soins, en particulier pour les personnes étrangères et/ou précaires, et/ou psychotraumatisées.

Le détour par les propositions d'action en matière de droits est utile à ce stade.

En effet, lors des travaux collectifs de la seconde phase, les participants n'ont quasiment pas évoqué[27] les atteintes aux droits humains mais systématiquement interprété la question des droits comme celle des droits-créances et non des libertés fondamentales.

Il est plutôt question du :
- droit d'accéder à l'information sur les ressources,
- droit d'accéder aux ressources : poste de travail adapté, prestations sociales, aide administrative, d'une compensation du handicap, malgré une fracture numérique, la barrière de la langue, la pauvreté, une culture différente,
- droit de travailler en milieu ordinaire ou de bénéficier des garanties du droit du travail, même en ESAT.

Comment problématiser cette somme d'informations ?

Les personnes concernées et leurs proches revendiquent la lisibilité et la réactivité de l'offre sanitaire et médico-sociale, la globalité et la continuité d'un accompagnement multidimensionnel non réductible à l'approche médicale, la possibilité de choisir parmi une offre diversifiée de soutiens pairs, communautaires, professionnels.

[27] A deux exceptions près : en effet un participant a évoqué un « système de santé et social maltraitant du fait de la méconnaissance des droits d'où un besoin de formation dans les écoles, une révision des projets d'établissement et plus de contrôle dans les établissements et des accompagnements » et un second l'obligation pour le psychiatre de respecter les décisions du patient.

C5 Situation problème : comment la question mentale des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)[28], étroitement conjuguée avec la question sociale, est difficile à prendre en compte

C5-1 Quartiers dits « sensibles » et santé mentale

« *Ce qui se passe dans les quartiers est une loupe grossissante de ce qui se passe dans la société »* Une habitante

Depuis quatre décennies, que ce soit dans la culture rap (Cf. les premiers textes de NTM et de IAM dans les années 80) ou dans la production des sciences politiques et sociales, les témoignages et analyses sur la vie dans les banlieues populaires ont un point commun qui concerne la permanence d'une frontière entre la ville et le quartier : frontière géographique, culturelle, socioéconomique mais aussi frontière dans la tête qui donne lieu à des imaginaires de peurs, de rejet de la part de ceux vivant en « dehors », les assimilant à des quartiers dangereux et traversés par la violence sociale mais aussi, colorés, pour ceux qui y habitent d'un climat anxiogène collectif dont les causes sont diverses (sentiment fort de rejet et de discrimination territoriale, présence de narco trafic et de ses effets de violences sporadiques ou récurrentes etc…). Dans ces territoires, dits aussi « périphériques », l'accès à la vie de la Cité est entravé par des barrières physiques et psychiques donc culturelles et symboliques. Le terme « périphérie » désigne une forme d'« étrangéité », le sentiment d'être voué à la marge.

Cet enchevêtrement entre ce qui relève d'une condition objective de pauvreté, de précarité ou/ et d'exclusion raciale[29] (selon les analyses) a été maintes fois documenté depuis un demi-siècle. Y est décrit une sociologie singulière de ségrégation urbaine[30] issue de l'effondrement de la classe ouvrière et des conséquences de la décolonisation, donnant lieu à des diagnostics nationaux largement partagés au rythme des émeutes ou révoltes dites urbaines[31]. Listons, sans nous

[28] Les quartiers prioritaires de la ville ont été créés par la loi du 21 février 2014 de programmation et de cohésion urbaine dite loi Lamy.

[29] Le critère ethnoracial reste peu présent au sein des études françaises alors même que l'appartenance à un groupe considéré comme « racisé » peut avoir des effets sur la santé d'une personne. Dans le cadre de la pandémie de Covid-19, les enquêtes états-uniennes et britanniques ont pu mettre en avant l'existence d'une variable ethnoraciale, indiquant une létalité trois fois plus importante pour les populations afrodescendantes et deux fois plus importantes pour les populations hispaniques par rapport aux populations blanches. Si des statistiques ethniques n'existent pas en tant que telles en France, l'appartenance ethnoraciales y est tout aussi déterminante. Ces personnes ont tendance à habiter davantage dans des communes et des logements surpeuplés. Les populations issues de l'immigration subissent également davantage de situations de défiance voire de discrimination par rapport au reste de la population subissant les stress psychologiques et physiques inhérents à ces situations d'où l'importance de considérer l'intersectionnalité dans le champ de la santé publique.

[30] La ségrégation urbaine désigne le phénomène qui mène à ce que « les groupes sociaux défavorisés se concentrent dans certains quartiers (notamment les « zones urbaines sensibles » ou ZUS) avec lesquels les groupes les plus aisés prennent leur distance » ; voir Fitoussi J.-P., Laurent E., Maurice J., Ségrégation Urbaine et intégration sociale, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, 2004, p. 10.

[31] Depuis le milieu des années 1970, les violences urbaines sont devenues un phénomène récurrent en France. Cela se manifeste spectaculairement avec des épisodes comme ceux des Minguettes en 1981, Vaulx-en-Velin en 1990, ainsi que des

y attarder, les faits les plus récurrents : situation de pauvreté des familles, dureté de la violence de la vie quotidienne, ségrégation et relégation spatiale[32], sur occupation des logements, présence de plus en plus prégnante d'une économie de la drogue. Concentration des discriminations raciales etc. N'insistons pas.

Cette première approche objective « froide » est indispensable mais non suffisante.

Des publications récentes montrent une corrélation entre situation économique et occurrence des troubles de santé mentale pointant pour certaines un lien de causalité entre les deux[33]. Dans ce contexte, une attention portée sur les affects éprouvés par une communauté de quartier, et sur un territoire donné devient indispensable. Une forme d'expérience émotionnelle collective met particulièrement à l'épreuve, sur ce type de territoire « sensible », la distinction académique entre une approche « psychologique » (qui vise des cas singuliers) et une approche sociologique (qui renvoie cette psychologie à des déterminants plus objectivables.)

On retrouve cette complexité d'approche au cœur des politiques publiques lorsqu'elles tentent de peser sur les conditions réelles d'existence des habitant(e)s tout en prenant en compte une forme de subjectivation collective associant sentiment de peur, de honte et de mépris (dont le devenir est de plus en plus celui du racisme appliqué à ces territoires et à ces habitant(e) s.).

C5-2 Quelle politique publique nationale en santé mentale dans les QPV ? Des ateliers santé ville à la montée en puissance de la santé mentale

Cette « double contrainte » (cf. Bateson) se nourrit de sentiments de peur de l'autre, mais aussi d'un idéal (ou d'un narratif) d'inclusion dans la Cité. Elle structure, au moins partiellement, la manière, par essai/erreur, dont les politiques de la Ville, nées il y a un demi-siècle, ont peu à peu abordé le volet subjectif et « psychique » des quartiers et introduit chemin faisant la thématique de la santé puis de la santé mentale.

Depuis la fin des années 1990 et la naissance des Ateliers Santé Ville (ASV), une préoccupation concernant la santé des populations a été récurrente en dépit d'une orientation politique plus « matérielle », se mobilisant initialement sur le bâti et la rénovation urbaine. En dépit des hauts

manifestations de plus grande envergure à la suite du décès de Zyed Benna et Bouna Traoré. À chaque fois, ces épisodes sont déclenchés sur fond de tensions avec forces de l'ordre. Le sentiment d'injustice et la colère s'expriment également par des marches silencieuses, des appels au calme, la création d'associations, et s'en suivent des promesses gouvernementales, des « plans banlieues ».

[32] Les personnes portant un nom à consonance étrangère (africains, maghrébins, asiatiques) ont moins de chances d'obtenir le poste auquel elles ont postulé, d'autant moins « si le nom se combine avec une adresse d'habitation dans un quartier populaire », Challe L., Chareyron S., L'Horty P., Petit P., « Discrimination dans le recrutement des grandes entreprises : une approche multicanal », Rapport de Recherche, 2020, p. 19.

[33] Cf. James B Kirkbride, « The social déterminants of mental Heath and disorder : evidence prevention and recommandations, World Psychiatry, 2024.

et des bas de la Politique de la Ville, la thématique du bien être ensemble s'est durablement ancrée dans les territoires durant la dernière décennie. Des initiatives promouvant des objectifs intrinsèquement liés à une problématique de santé mentale positive parfois sans les nommer explicitement, ont vu le jour selon des déclinaisons opérationnelles très diverses contribuant, entre autres bénéfices, à un mieux-être psychologique des habitant(e)s: ateliers artistiques, sports, éducation sexuelle, questions interculturelles, lutte contre le harcèlement, parentalité, vie dans la communauté, groupes de parole, repérage précoce de la souffrance, ateliers d'écriture, etc.[34]

Ces trois dernières années, des actions jouxtant le thème de la santé mentale (promotion et prévention) se sont multipliées au niveau national[35], telles que les formations Premiers secours en santé mentale (PSSM), multipliées par 4 entre 2022 et 2024 et les formations de développement des compétences psychosociales (multipliées par 10 dans le même temps), ainsi que la mise en place de « Mon soutien psy » encore expérimental sur les quartiers. Par exemple, on retrouve cette montée en puissance d'une « question mentale » dans le constat et les orientations récentes des cités éducatives[36] qui partant d'un objectif initial de continuité éducative (Programme de réussite éducative[37]) construisent de plus en plus des actions ciblant des problématiques d'addictions (y compris aux écrans) et de lutte contre la violence et le harcèlement.

C5-3 Quelle spécificité nîmoise sur le sujet ?

La Ville de Nîmes n'a pas attendu que la santé mentale soit promue « grande cause nationale » en 2025 pour se confronter au problème public des quartiers. Elle est engagée en faveur de politiques en direction des quartiers populaires particulièrement autour des centres sociaux et des contrats de ville avec pour partenaires la CAF, le département, les associations et les services de l'Etat[38]. Il existe six quartiers QPV[39] qui concentrent 25% de la population nîmoise.

---

[34] Il est intéressant de noter ici que concernant le public jeune, la production artistique et culturelle, née du mouvement hip-hop en France dans les années 80, a inauguré une forme inédite de chronique urbaine, documentant les maux, les frustrations, mais aussi l'énergie créative de ceux qui se sont emparés de la parole. Elle a anticipé les tensions sociales observées sur le terrain, en mettant en lumière à la fois le malaise et les potentiels de violence, ainsi que la vitalité créative des jeunes. Aujourd'hui, cette culture a profondément imprégné la société française. Elle est devenue un pilier de la scène musicale française, avec le rap et le hip-hop en tête des genres les plus écoutés à l'international. Cette culture est certainement à mobiliser comme support pour de telles initiatives.

[35] Le Comité Interministériel des Villes (CIV) de juin 2025, recommande « *l'instauration d'un accueil psychologique dans les quartiers* ».

[36] Les cités éducatives sont un label national crée en 2019 relevant de la Politique de la Ville.
Cf. le rapport : La santé mentale dans les cités éducatives : une montée en puissance à accompagner, juillet 2025, IGAS-IGESR, n° 2025-037R.

[37] Sur Nîmes, le PRE est présent. Il accompagne des familles habitant dans le QPV Pissevin, Valdegour, Gambetta – Richelieu, Chemin Bas d'Avignon et Mas de Mingue. Les motifs de l'orientation des familles par l'Education Nationale sont des problématiques scolaires, de santé ou de comportement.

[38] Par ailleurs, le Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) Occitanie a mis en place un séminaire consacré à la santé mentale.

[39] (Pissevin - Valdegour, Gambetta - Richelieu, Chemin-Bas d'Avignon - Clos d'Orville, Mas de Mingue, Route de Beaucaire, Nemausus-Jonquilles - Haute Magaille - Oliviers, tous situés en périphérie, hormis le territoire Gambetta - Richelieu

On y retrouve les caractéristiques nationales de la sociologie des quartiers. 60 à 70% des personnes vivent sous le seuil de pauvreté. 4 personnes sur 10 ne disposent que de prestations sociales pour vivre[40], avec une surreprésentation des familles monoparentales. Ses effets très nombreux et cumulatifs de la pauvreté sur les habitants des quartiers sont des indicateurs importants pour comprendre ces territoires. Ainsi, alors que le revenu disponible par ménage médian de la commune de Nîmes est de 17402 euros, il est inférieur à 11000 euros sur les quartiers Pissevin-Vadegour et Chemin Bas d'Avignon [41] (cf. le chapitre sur les déterminants sociaux de santé).

De plus, sur les quartiers, la sortie du Covid a été difficile à la suite des confinements dans de petits logements dont certains sont mal lotis. Enfin une forme de barrière/tension historique entre zup sud et zup nord existe « dans la tête des jeunes ». Ces affects paradoxaux vis-à-vis du quartier renvoient à un sentiment d'enfermement mais dans le même temps, les plus âgés ne veulent pas partir (cf. les quartiers concernés par une restructuration urbaine : destruction des galeries commerciales, déplacement de la bibliothèque).

D'autres caractéristiques sont plus ouvertes quant à leur impact en termes de santé et de santé mentale positive : particulièrement la diversité multi-culturelle des habitants, la présence importante d'une population de moins de 25 ans mais aussi la vitalité associative.

C5-4 Et la parole des habitants ?

La question du recueil de la parole des habitant (e)s des quartiers prioritaires a posé des questions de méthode de recherche particulière. Mener des entretiens individuels ou de groupes de parole ad hoc n'a pas été possible. Cette difficulté méthodologique, liée aux phénomènes d'injustice épistémique déjà pointée supra, - pour les populations très dépendantes de politiques sociales, s'intensifie lorsque le thème abordé concerne la santé mentale donnant lieu à des représentations sociales prégnantes associant pauvreté et « folie », qui parfois se cumulent avec des craintes plus politiques de retour stigmatisant de la part de « l'extérieur ». Nous avons aussi retrouvé cette difficulté à recueillir des témoignages auprès de certains professionnels travaillant au cœur des quartiers. Ceux-ci ont un rôle de « rassembleur » des initiatives locales. Ils sont portés par une philosophie d'intervention participative des habitants. Alors que nous souhaitions rencontrer des familles et des habitants, la réponse éthique qui nous a été renvoyée était que nos questions pouvaient réactiver des traumatismes liés aux épisodes de violences de l'été 2025 liés aux narco-trafics (voir ci-dessous). Cette « protection » légitime des habitants par les professionnels qui les côtoient au jour le jour en dit long sur l'impact de ces violences sur la vie

[40] Cf. Diagnostic et projet social de territoire de la convention territoriale globale ; janvier 2026-Décembre 2030. Ville de Nîmes, page 8.
[41] Ibid : page 17.

du quartier et sur l'accès aux questions de santé mentale dans un contexte de manque de confiance dans les services de l'Etat (lorsque la population se perçoit abandonnée par les services publics). *« Il y a un parcage des habitants » :* dixit un psychologue.

Toutefois, malgré ces difficultés et paradoxes, nous avons pu recueillir des données soit par des professionnels intervenant sur le territoire (entretiens) soit dans le cadre des matinées où la présence et le témoignage d'habitantes parmi les autres acteurs de la Ville s'est avéré beaucoup plus confortables pour elles.

C5-5 L'impact du narco trafic sur la santé mentale collective

Il n'y a pas eu d'émeutes à Nîmes en 2024 (suite au décès de Nahel Merzouk) mais des antécédents de tirs en lien avec le narco trafic. Chaque été, les quartiers sont en prise avec des épisodes de violence. Mais depuis deux ans, cette violence est devenue de plus en plus dangereuse pour les habitants.

En juillet 2025, une flambée de violence et une succession d'actes criminels liées au narco trafic se sont invitées au cœur de notre enquête. Le corps calciné d'un jeune de 19 ans a été retrouvé près de Nîmes, inaugurant un cycle de fusillades, de règlements de comptes et de menaces sur les quartiers d'une extrême violence (relayée par vidéos et sur internet). Les habitants ont vécu l'été dans la peur. La municipalité a mis en place un couvre-feu alors que les habitants réclamaient des renforts policiers. À la suite de ces évènements, la demande de sécurité et de protection par la police reste forte dans les témoignages recueillis trois mois après les faits. *« Depuis la présence d'un car de police depuis trois mois les personnes revivent »* (novembre 2025, une habitante).

Cela dit, l'impact de la présence de narco trafic sur un quartier va bien au-delà de cette demande légitime de sécurité et de protection. Le système de violence qui l'accompagne, lorsqu'il existe un pouvoir territorial des narco trafiquants, a des effets individuels (peurs) mais aussi des effets groupaux. Il détruit les ressources vitales des communautés de vie (organisation interne, normes, lien social, valeurs) et a des conséquences sur la santé physique, psychologique et les liens sociaux. L'ampleur de la prégnance du trafic de drogue bouleverse la vie sociale des quartiers ou il sévit[42]. Renfonçant le sentiment obsidional déjà pointé supra. Elle risque de remplir une fonction d'organisation collective de socialité substitutive aux droits communs.

Note synthétique sur la vie au quartier qui vaut un long discours : recueillies lors d'une matinée dans un groupe de parole

[42] Sur ce sujet Cf. Jamoulle P., « L'emprise des micro trafics de drogues sur les quartiers populaires-Résister », In Je n'existais plus », Les mondes de l'emprise et de la déprise, Paris, La Découverte, 2021, p. 225 -271.
Voir aussi : Decoupigny D. (dir.), Impact des trafics de stupéfiants sur le cadre de vie, Agence de développement et d'urbanisme de Lille métropole, 2020.

Questions d'insécurité /quartiers climat anxiogène qui rejaillissent sur les enfants

Surcharge familles

Adoption de stratégies inadaptées par peur ou pour sécuriser. Ex : enfermer les enfants utilisation des réseaux internes

Dépression à bas bruit

Culture => difficulté à repérer, élaborer, identifier les émotions

Mode survie = blocage des émotions

Les personnes vivent comme en état de guerre

Tirs de balle, tirs de feu tout le temps et les enfants se jettent à terre chaque fois

Les enfants baignés dans le cortisol= sur stress, or plus tard on va parler de trouble de l'attention mais ce n'est pas ça ; les effets de l'hyper vigilance

Les cellules psycho trauma mises en place lors des évènements ne répondent pas aux problèmes[43], il faut de la sécurité ; la démarche n'est pas assez contenante.

Les habitantes qui sont souvent des mères sont en première ligne. Elles expriment un sentiment d'incompréhension et d'abandon des pouvoirs publics tandis que les travailleurs sociaux pointent les difficultés qui naissent du trafic et entravent leur exercice professionnel. Certaines familles se retranchent chez elles. Pour certains enfants ayant vécu un psycho traumatisme (lié à la vision d'une fusillade), le foyer familial et l'école sont les seuls lieux où ils se sentent en sécurité. Ces propos sont issus de témoignages recueillis à l'automne 2025 et ne documentent pas la situation actuelle (janvier 2026).

C5-6 Quels acteurs en santé mentale et soutien psychosocial ?

En premier lieu, il existe des associations de quartier, une dizaine sur Pissevin selon un intervenant, qui contribuent à faire du lien social par exemple en animant des ateliers de parole et d'écriture. De plus, lors d'une « matinée » au Carré d'Art, deux personnes présentes ont dit avoir créé leur association. Ces deux personnes sont issues des QPV : une femme dont l'association est bien installée depuis plusieurs années ; un jeune homme dont l'association est toute

[43] Suite aux événements de l'été, une cellule psychologique s'est mise en place avec des psychologues, des éducateurs. Précisons que nous n'avons pas rencontré ces acteurs et n'avons aucune donnée sur ce dispositif.

récente. Son association vise à prendre en compte les personnes handicapées dans les QPV. Toutefois, ces associations de proximité manquent de coordination et de soutien. Alors qu'elles sont un rempart, remplissant bien souvent des missions de service public qui ne sont pas de leur ressort, avec peu de moyens. Et alors qu'elles sont souvent les premières appelées du fait de leur expertise du terrain, des mentalités, de la culture et des habitudes du quartier.

Les associations de proximité demandent aussi des relais de professionnels à propos de projets citoyens.

Exemple : *« Les habitants du Mas de Mingue ont fait remonter une difficulté pour trouver des psychologues et ont mis en avant leur implication sur l'orientation des autres habitants du quartier ainsi que leur implication dans le projet Mona Lisa »* Matinée Carré d'Art (dont l'objectif est de lutter contre l'isolement des séniors, le défi citoyens bénévoles).

Les quartiers sont un terrain investi, encore de manière insuffisante eu égard aux besoins, par différentes équipes et professionnels, dans un contexte - depuis les évènements de l'été 2025 - où leur présence s'avère parfois compliquée. « *A Pissevin il n'y a plus de VAD (visites à domicile) depuis les évènements de cet été, pour raison de sécurité, la consigne est d'y aller seulement le matin et d'intervenir à plusieurs, il y a un risque de banalisation de ce modèle sécuritaire* » propos recueillis en octobre 2025. A l'automne 2025, certains services ne pouvaient plus intervenir à domicile ou favorisaient les échanges téléphoniques. Le centre aéré a été déplacé sur un autre secteur.

Concernant la santé mentale, l'enquête fait apparaître plus spécifiquement deux figures professionnelles distinctives sur les QPV (au-delà de la présence de la psychiatrie de secteur, des services municipaux, des services sociaux et médico-sociaux), travaillant au cœur du territoire :

- La médiation en santé semble bien adaptée à la situation des quartiers surtout lorsqu'elle maîtrise la culture et la langue des habitants (principalement la langue arabe - ce qui est plus difficile pour les ukrainiens ou pour les mahorais aussi présents). La médiation en santé ne se conçoit que dans un travail de réseau au quotidien avec médecins et psychologues. Nous n'avons pas pu mesurer si elle était présente dans tous les quartiers.

- Une poignée de psychologues sont actifs dans différents QPV est et ouest (pour certains depuis une dizaine d'années). Ils interviennent soit en lien avec la Maison Des Adolescents du Gard (MDA 30) soit dans le cadre d'une maison de santé et du dispositif « mon soutien psy ». Leur offre d'écoute et de soins *« est parfois en décalage avec la présence de soins dit traditionnels. La culture « psy » de la parole libératrice ne va pas de soi. Le psychologue commence juste à être repéré comme une ressource. Première réaction des mères : à quoi ça sert de parler avec un psychologue qui ne donne même pas de médicament ? »*

En plus du suivi clinique individuel de dépistage et d'orientation, ces professionnels animent des groupes de parole[44] de femmes autour de la thématique de la surcharge mentale dans un contexte où les mères sont dans l'insécurité permanente et dont la conséquence est l'angoisse au quotidien. Ils en animent aussi auprès de jeunes soit à l'école, sur les thèmes de la laïcité et du fait religieux, des croyances et des représentations (ateliers en collaboration avec un professeur d'histoire), soit dans des associations pour des élèves ayant subi des violences de la part d'autres enfants (harcèlement) mais aussi par des adultes (cas plus rare).

Ci-dessous quelques vignettes des situations rencontrées :

- *Une jeune fille qui regarde par sa fenêtre un jeune qui se fait rouer de coup et qui dit regretter de ne pas avoir pu voir toute la scène « comme dans un jeu vidéo » dixit un intervenant ;*
- *Des enfants, adressés par l'école, qui ont la boule au ventre pour aller en classe et qui sont repérés comme fragiles et pris dans une dynamique de violence et de harcèlement ;*
- *« Une femme dont les dealers ont fracassé la porte se trompant d'étage et qui a été reçue à l'hôpital et renvoyée chez elle sans autre forme de procès. Morte de peur, elle a vécu chez sa sœur alors que son mari et ses enfants sont restés à la maison où l'effraction avait eu lieu : doublement du trauma » (dixit un intervenant).*

Dernier point : cette pratique, au carrefour de la prévention, de l'orientation et de la clinique nécessite un travail collégial sur le quartier. Si ce travail réticulaire existe, il ne semble pas formalisé institutionnellement. Il fonctionne sous forme de carnet d'adresse (comme en libéral) en fonction des situations singulières – orthophonistes, pédopsychiatres, psychomotriciennes, neurologues, psychiatres adulte, médecins généralistes, assistants sociaux, selon une méthode de relation interprofessionnelle, de connaissance en proximité « *permettant de raccourcir le temps des premiers rendez-vous. Par exemple un mois de délai pour un premier RV au lieu de deux mois pour un RV avec un pédopsychiatre. » « On a un tissu de professionnels et cela fonctionne bien. En tout cas dans mon travail.* » Ce travail « personne-dépendante » peut être parfois perçu comme une forme de volontarisme quasi-militant, avec le risque que les intervenants des quartiers soient « pris » dans la même logique obsidionale qui stigmatise ces territoires.

Les hisser à la table de concertation d'un CLSM est essentiel. Cela peut contribuer à réduire, voire à circonscrire ce risque.

[44] Un psychologue précise : *« L'enveloppe groupale d'un groupe se réunissant autour d'un psychologue nécessite un dispositif particulier qui puisse contenir les pensées et les associations des habitantes ou des jeunes. Ce dispositif de parole inclut la langue maternelle et ces systèmes symboliques : la culture, la religion et autres contenants spécifiques au quartier. L'ambition de ce type de travail groupal est la possibilité de penser et de rompre le silence, la honte ».*

C5-7 Chantier : vers une approche de Santé Mentale et de Soutien Psychosocial (SMSP) ?

Dans la plupart des études sur la qualité de vie et le bien-être, le soutien psychosocial autogéré (parfois dit « communautaire ») s'est avéré la variable la plus puissante. L'entraide des communautés confrontées à une situation extraordinaire joue également un rôle important dans le maintien de l'état de santé mentale de la population. Une société d'entraide présente un niveau élevé de liens sociaux entre communautés, qui s'expriment par la confiance mutuelle de ses membres. Le maintien de cette entraide est devenu un enjeu essentiel face au « sauve qui peut » individualiste.

Encore plus qu'ailleurs, la question mentale dans les quartiers, est consubstantielle à la question sociale. Cette situation problème à dénouer, pourrait, à bon escient, être abordée selon une problématique de santé mentale et de soutien psychosocial et non sous un angle pathologisant. Les termes santé mentale et soutien psychosocial, initialement élaborés dans le monde humanitaire (c'est-à-dire dans des situations de crises dites humanitaires provoquées par des conflits), désigne *« tout type de soutien externe ou interne visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial, et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux »*[45]. Il s'agit d'activer les ressources présentes sur un territoire vidé de ses ressources par un évènement collectif traumatique pour la communauté, afin de renforcer les capacités individuelles et collectives et de soutenir **l'entraide**.

Dans un programme de SMSPS, l'accent est mis sur le renforcement des supports locaux et sur l'attention au bien-être psychosocial dans une perspective relationnelle. « ***Le « client » d'un programme de SMSPS communautaire est donc le système social****, et l'attention est posée sur les forces, les ressources, la continuité et l'adaptation aux changements. Les activités menées par une telle approche sont souvent celles dans lesquelles les membres de la communauté sont déjà engagés, mais pas seulement.* ***L'attention portée aux services directs est moins importante que l'offre d'une structure qui favorise les liens positifs et les processus sociaux****. Le plus souvent, il s'agit d'aider à réactiver les anciens liens et à en établir de nouveaux et d'aider les gens à reconnaître, et à améliorer les ressources existantes qui opèrent au rétablissement.*[46]*»*

---

[45] Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Comité permanent interorganisations, Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2017.
Manuel de santé mentale et soutien psychosocial communautaire en situations d'urgence et de déplacement. OIM, Genève, 2021.

[46] Les réseaux sociaux exploitent les vulnérabilités des jeunes et contribuent ainsi à amplifier certains troubles dont ces derniers sont victimes : Troubles anxio-dépressifs et pensées suicidaires, cyberharcèlement, image de soi dégradée, consommation d'alcool, de cannabis et autres substances psychoactives, etc. C'est ce que conclut un rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses, Olivia Roth-Delgado et Thomas Bayeux) qui décortique les mécanismes d'action de ces outils numériques paramétrés pour cibler à des fins mercantiles les spécificités mais aussi les fragilités liées à l'adolescence. **L'Anses propose d'associer les jeunes eux-mêmes aux travaux,** car ce sont eux qui connaissent leurs motivations à aller sur les réseaux sociaux, ce sont eux qui construisent et diffusent les nouvelles pratiques. Il nous paraît donc important de les inclure dans les dialogues

Le diagnostic des besoins en SMSP est mené avec les habitants qui sont ici une figure spécifique des usagers de santé mentale. Plus particulièrement, il semble que ce sont les habitantes qui se sentent le plus concernées et encore plus particulièrement les mères, car elles craignent que leurs enfants soient happés par la violence qui les entoure. Une enquête / diagnostic qui pourrait aborder le rapport entre « santé mentale et entraide » interrogeant les termes de sécurité, de sommeil, de voisinage, d'alimentation, de soutien des aînés, d'usage d'internet, de traumatisme individuel et collectif etc., **co-construite avec les habitant(e)s et les jeunes** est une pratique de SMPS usuelle qui permet avant de formater des réponses, de saisir les peurs, besoins, rêves et attentes des habitants. Comme le dit un intervenant *« Les mamans veulent que leurs enfants deviennent des ingénieurs, des grands sportifs, des grands médecins* ».

C6 - Focus sur l'enfance et la petite enfance

Les moins de 15 ans représentent 17 % de la population nîmoise. Les trois à dix ans concernent environ 13 000 personnes[47].

Comment aborder le problème de l'enfance et de la santé mentale sur le territoire nîmois ? Faut-il d'ailleurs le traiter à l'échelle d'un territoire ?

La question « Santé mentale et enfance » ne s'est pas posée, dans notre recherche, comme une situation-limite spécifique au territoire nîmois car nous n'avons pas eu accès aux jeunes ni à leurs parents, alors que le point de vue des personnes concernées est le fil rouge de notre enquête. Toutefois, nous proposons de faire un focus sur les tendances à l'œuvre sur cette question car la question de la jeunesse s'avère en pleine évolution à la fois sur les connaissances scientifiques disponibles, sur les attendus et évolutions des politique publiques nationales et locales et enfin sur les attentes et besoins des jeunes, des parents et des familles. Ce thème donne lieu à des nouvelles connaissances et à des débats dans les arènes scientifiques qui ont inspiré la construction de nouvelles politiques publiques axées sur ce thème. Tour d'horizon.

Prévention toute ! Des connaissances scientifiques aux attendus des politiques publiques

L'orientation politique contemporaine concernant la santé mentale de l'enfance vise prioritairement des actions de prévention les plus précoces possible. Alors que depuis la politique dite de secteur, les institutions pédopsychiatriques traitent la question selon une entrée clinique (avec des délais d'attente parfois de plusieurs mois), les contributions scientifiques des dernières années mettent la question de la prévention sur le devant de la scène. Cela dit, deux conceptions de la prévention doivent être différenciées même si elles sont parfois très proches

et la construction des repères, avec les éducateurs et les parents. Ils seront plus enclins à respecter des règles qu'ils auront contribué à formuler. L'Anses évoque également le fait de promouvoir des espaces de dialogue entre jeunes pour des retours d'expérience de ce qui leur arrive en ligne.

[47]Cf. Diagnostic et projet social de territoire de la convention territoriale globale ; janvier 2026-Décembre 2030. Ville de Nîmes, page 11 et 20

dans la pratique. Soit elle contribue à prévenir des pathologies ou à circonscrire des facteurs pathogènes, soit elle favorise le maintien de la santé. Le premier modèle s'inscrit dans un objectif de développement harmonieux de l'enfant. C'est une action de prévention. Le second s'inscrit dans une action de détection et d'orientation précoce afin de favoriser l'accès aux systèmes de soins le plus tôt possible. C'est une action de dépistage et de pré-diagnostic psychiatrique.

Prévenir c'est accompagner précocement le développement de l'enfant

Lorsque le développement de l'enfant devient la finalité structurante de la prévention, ce sont principalement des problèmes DYS qui sont recherchés : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, d'apprentissage et de lecture etc., et extensivement des troubles de la communication intrafamiliale, des conflits familiaux et conjugaux, des violences intrafamiliales et maltraitance[48]. Les experts constatent que le taux de prévalence de ces troubles DYS augmentent sans que l'on distingue toujours clairement s'il s'agit d'une meilleure détection ou d'un usage extensif de ce type de diagnostic. Jadis mal identifiés, de nouveaux tests et diagnostics permettent de mettre un nom sur des troubles qui complexifient les apprentissages (tels que les dyslexies, dysphasie et dysorthographie).

Ces actions préventives avaient donné lieu, il y a deux décennies, à des controverses[49], sur leur usage et effets lors des réactions citoyennes inédites (cf. le collectif Pas de Zéro de Conduite constitué début 2006, à la suite d'une expertise collective de l'INSERM sur les troubles des conduites de l'enfant. Ce collectif avait regroupé plus de 200 000 signataires). Loin de ses polémiques passées, qui craignaient les dérives invasives d'une prévention axée sur le cerveau et non sur le sujet social, le débat actuel s'est déporté sur l'importation des données scientifiques expérimentales dans la construction des politiques publiques dans la mesure où ces dernières ne prendraient pas suffisamment en compte la diversité de contextes situés (ex : la haute prévalence des troubles DYS dans les milieux précaires).
Le gouvernement, en relayant en 2020, avec le programme des Mille premiers jours[50], une orientation de santé publique axée sur le développement de l'enfant, a légitimé dans les institutions de la petite enfance, une compétence experte de prédiction, attestée préalablement par la communauté scientifique. Une orientation des services en santé mentale s'est alors dirigée vers

[48] Il faut aussi citer l'introduction dans la grammaire préventive du concept de traumatisme complexe qui est de plus en plus sollicité dans les problématiques du développement de l'enfant et du dépistage précoce des pathologies psychiatriques. Ci-joint un court extrait issu du Site Internet du National Child Traumatic Stress Network : « *Le terme traumatisme complexe décrit à la fois l'exposition des enfants à de multiples événements traumatisants, souvent de nature invasive et interpersonnelle, et l'impact étendu et à long terme de cette exposition. Ces événements sont graves et omniprésents, comme les mauvais traitements ou la négligence profonde. Ils commencent généralement tôt dans la vie et peuvent perturber de nombreux aspects du développement de l'enfant et de la formation même de soi. Puisqu'ils surviennent souvent dans le contexte de la relation de l'enfant avec un fournisseur de soins, ils interfèrent avec la capacité de l'enfant à former un lien d'attachement sûr. De nombreux aspects du développement physique et mental sain d'un enfant dépendent de cette principale source de sécurité et de stabilité* ».

[49] Voir par exemple A Erhenberg http://www.cairn.info/revue-esprit-2006-5-p-89.htm

[50] A la commission des mille premiers jours, présidée par Boris Cyrulnick, a correspondu une politique publique pilotée depuis 2020-2021 par le Ministère de la Solidarité, Santé Publique-France et les ARS. Aurélie Schandrin, Troubles psychiques chez les jeunes, intervenir tôt et donner de l'espoir, Eres, Collection Avelines, 2025.

des acteurs de veille et de prévention précoce intervenant dans différents services sociaux, médico-sociaux, éducatifs et associatifs lorsqu'ils côtoient quotidiennement des jeunes. Ces acteurs, historiquement périphériques, sont alors requalifiés comme des acteurs quasiment de première ligne. Cette politique s'est traduite dans le Gard où s'est créée une plateforme départementale de Coordination et d'Orientation (PCO) dédiée aux enfants gardois suspectés d'être porteurs d'un Trouble du Neurodéveloppement, portée par le Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze. 49% des enfants adressés à cette plateforme sont originaires du bassin nîmois.

Dépister, c'est traiter précocement les pathologies mentales émergentes

Chaque fois qu'une compétence prédictive est revendiquée par la communauté scientifique, les services en santé mentale sont dirigés vers une activité de veille et de détection précoce des troubles. De fait, les données scientifiques internationales valident différents facteurs de risque dont le cumul aboutit à recommander un dépistage et une intervention précoce lors de premiers signes avant-coureur d'une pathologie (notion de transition psychotique ou de syndrome prodromique) afin d'infléchir voir de réduire le parcours psychiatrique anticipé. De plus, réduire la durée de la maladie contribue à faire diminuer le taux de prévalence des troubles mentaux dans la population. Ainsi, l'objectif d'une intervention précoce évite que les troubles ne se multiplient et ne se développent ou pire ne se chronicisent. Pour accomplir ce but, il est nécessaire de constituer **un dispositif ad hoc de détection précoce**. L'intervention précoce vise logiquement les enfants en bas âge, mais aussi les adolescents ou les jeunes adultes. Un exemple de cette approche est présent à Nîmes à la villa Orygen.

La genèse et la présentation des centres de détection précoce sont présentées dans un livre [51] écrit par Aurélie Schandrin, cheffe du pôle de psychiatrie du CHU de Nîmes. Elle y décrit notamment l'origine du concept, la démarche, les étapes à franchir et les critères d'orientation. Là encore, comme dans le cas de la prévention des DYS, elle avance la figure de **la sentinelle** qui « *est une personne formée à repérer les signaux de souffrance psychique ou sociale dans son entourage immédiat. Elle appartient souvent aux milieux éducatifs, sociaux ou communautaires* » (Schandrin, 2025, p 45). Ceci posé, les promoteurs de ce type de dispositif s'accordent sur le manque d'outils de sensibilisation et de formation à disposition des sentinelles et des proches pour les aider à identifier les signes précurseurs de pathologies psychiatriques émergentes.

Un enfant seul, ça n'existe pas : importance de la parentalité

Les travaux scientifiques qui légitiment l'acte de prévenir, de dépister, de diagnostiquer, sont des vérités évolutives qui s'incarnent dans des savoirs et des acteurs situés à un moment T et dans un contexte donné. Que ce soit dans une optique de développement de la petite enfance ou de dépistage précoce des troubles, des services médico-sociaux, des associations, des enseignants, des éducateurs, des familles mais aussi des acteurs des services de la ville et de la culture,

[51] Ibid.

tous sont hissés, à l'échelle d'un territoire, à un niveau de requalification prédictive que la société leur délègue mais dont l'enjeu est aussi sociétal. Il concerne, autant la réduction des troubles que le maintien de la vie sociale compatible avec leur présence (cf. le thème de l'inclusion).

Les parents sont particulièrement concernés car ils ne peuvent être réduits à une fonction de veille et à la figure de la sentinelle. De fait, la parentalité est une notion relationnelle qui engage autant l'enfant que ces parents. Les professionnels parlent de relation (positive ou négative) entre parents et enfants.

Les prodromes par définition étant peu spécifiques et réversibles[52] [53], le geste préventif ne se contente pas de désigner un problème potentiel mais il inaugure une transformation de la relation de l'enfant avec ses parents, à leur entourage et au monde social. Ce geste de nomination est à la fois une description et une assignation. Les souffrances des enfants et des parents étant à la fois exposées et reliées à une scène sociale plus large, cette assignation performative n'est pas sans effet en termes de santé mentale sur le groupe familial et sur l'environnement : hyper activité, scarifications, auto ou hétéro agressions, anorexie, addictions, sont aussi des signifiants sociaux qui circulent des individus aux collectifs de vie (crèche, école, mission locale, etc…) qui peuvent entrainer des cas de détresse parentale psychologique, renforçant les sentiments de culpabilité des parents sur ce qui arrive à leur enfant.

Des Lieux d'Accueil à bas seuil Enfants/ Parents (LAEP)[54] situés à Nîmes sont ouverts sans rendez-vous aux enfants de moins de six ans avec leur(s) parent(s). Ce sont des espaces où des paroles entre parents /parents, parents / intervenants peuvent s'échanger dans une optique d'autosupport et où les assignations performatives pointées ci-dessus, peuvent être désamorcées. Les maisons des adolescents peuvent aussi jouer ce rôle d'interface pour les jeunes plus âgés.

Réseaux sociaux et jeunesse : un chantier de santé mentale pour aujourd'hui et demain

Ce focus est loin d'être exhaustif. Il a l'ambition modeste de tracer des tendances mouvantes et inventives sur l'orientation en cours des politiques publiques. Dès lors, on ne peut pas ne pas évoquer la question itérative des réseaux sociaux. Lors de cette enquête, la question de la place

[52] Par exemple, les troubles schizophréniques débutent le plus souvent chez les jeunes adultes, entre 15 et 25 ans chez les hommes et un peu plus tardivement chez les femmes. Par ailleurs en psychiatrie, la validité diagnostic est souvent réversible, surtout pour les jeunes.

[53] Madame A, mère d'une personne concernée (maintenant adulte) se souvient qu'elle a eu affaire à des enseignants qui lui ont mis « la puce à l'oreille » au sujet de son enfant. L'enfant a vu des professionnels relativement tôt mais cela n'a rien changé sur le déroulé de son parcours. Elle pense qu'elle n'avait à l'époque pas suffisamment de clairvoyance pour tenir compte des signaux d'alerte qui lui étaient envoyés par les professionnels de l'Education Nationale ou du soin. Elle précise : « En outre, dépister et diagnostiquer ne suffit pas. Ce qui manque, c'est un accompagnement au long cours ».

[5454] Il existe 7 LAEP à Nîmes dont Grandir Ensemble, un LAEP itinérant sur le quartier Pissevin-Valdegour. Les autres LAEP sont les suivants : l'Orée, la Jougarelle, la Maison des Mistons 1 et 2, les Ribambelles, Mes'anges.

à donner aux réseaux sociaux, à la jeunesse est revenue de manière récurrente. Tous les acteurs (soignants, éducateurs, personnes concernées, familles) ont mentionné cette nouvelle donne technologique, opportunités ou freins, dans le développement de l'enfant. Ce sujet, devenu un vrai problème public, donne lieu actuellement à un débat sensible au plus haut niveau.

« Troubles anxiodépressifs et pensées suicidaires, cyberharcèlement, image de soi dégradée, consommation d'alcool, de cannabis et autres substances psychoactives, etc., les réseaux sociaux exploitent les vulnérabilités des jeunes et contribuent ainsi à amplifier certains troubles dont ces derniers sont victimes[55] *»*. Tel est le constat inquiétant d'un récent rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) qui décortique les mécanismes d'action de ces outils numériques paramétrés pour cibler à des fins mercantiles les spécificités mais aussi les fragilités liées à l'adolescence.

Leur recommandation est congruente avec la philosophie d'approche tenue dans notre enquête prônant une participation systématisée des personnes concernées, quels que soient les troubles qu'elles affrontent.

Verbatim : *« L'Anses propose d'associer les jeunes eux-mêmes aux travaux, car ce sont eux qui connaissent leurs motivations à aller sur les réseaux sociaux, ce sont eux qui construisent et diffusent les nouvelles pratiques. Il paraît donc important de les inclure dans les dialogues et la construction des repères, avec les éducateurs et les parents. Ils seront plus enclins à respecter des règles qu'ils auront contribué à formuler. Parmi ses recommandations, l'Anses évoque également le fait de promouvoir des espaces de dialogue entre jeunes pour des retours d'expérience de ce qui leur arrive ».*

C7 Conclusion : synthèse des situations problèmes

D'une façon générale, les quatre situations problème que nous avons mises en évidence nécessitent un portage de la municipalité et de ces élus qui en fonction de leur calendrier propre seront plus ou moins enclin, après les échéances municipales, à porter ou non tel ou tel « chantier », ce qui peut créer une dynamique inédite imprévisible à ce jour.

Cela dit, il est possible d'apprécier en amont de cette étape, des forces et des faiblesses d'une part et des opportunités ou des adversités d'autre part, spécifiques à chacune des situations qui peuvent être présentées au comité de pilotage pour discuter les orientations qui seront les siennes.

[55] https://www.anses.fr/fr/content/securiser-les-usages-des-reseaux-sociaux-pour-proteger-la-sante-des-adolescents

C7-1 Situation problème des personnes concernées

« Ex-patient », « rescapé », « survivant », sont les termes utilisés par la première génération de militants aux Etats-Unis revendiquant le statut de personnes victimes d'un système de soin psychiatrique jugé maltraitant. Une seconde génération, qui a fondé la *National Mental Health Consumers' Association* en 1985, diversifie le champ des mouvements d'usagers. En France, un mouvement similaire est perceptible, qui aboutit à la co-existence d'associations prônant des réformes à mener principalement sur le terrain des droits et de la remise en cause de l'expertise psychiatrique, avec d'autres organisations plus promptes à militer pour une collaboration entre soignants et patients, basée sur une complémentarité des savoirs[56].

Les personnes qui se sont exprimées « en tant que personnes concernées ou proches-aidants » dans cette enquête ont attiré l'attention sur trois dimensions problématiques de leur condition : la stigmatisation et l'exclusion du milieu ordinaire, le manque d'information, le non-respect des droits, et la nécessité de valoriser les savoirs expérientiels. Les habitants venus participer non en tant qu'usagers d'un service de santé mentale, ont insisté sur le stress, la précarité et le sentiment d'insécurité qu'ils vivent.

Environ 30 % des participants aux travaux collectifs de novembre et décembre sont des personnes qui se disent « concernées », personnellement, ou en tant que proche-aidant (12 novembre et 9 décembre : 27 % de personnes concernées, et le 27 novembre 32 %).

La méthodologie globale a montré que les figures des usagers disponibles sont multiples, qu'il est possible de viser une participation substantielle des non professionnels et qu'il suffit de créer les conditions d'une parole libre (des espaces non mixtes) pour accéder aux positions critiques, qui toutefois n'ont pas dissuadé certains participants à la première phase d'enquête de s'investir lors de la seconde. Cela signifie a minima que l'initiative de la ville de Nîmes en fait déjà une figure tiers pour les personnes concernées déjà mobilisées, quel que soit le niveau de leur contestation. Et que **l'un des atouts du territoire est désormais de « disposer d'un réservoir de personnes déjà engagées » dans une démarche collaborative,** susceptibles de participer dans la durée à un processus collectif de construction de réponses locales basées **d'abord sur leur savoir expérientiel.** Ce point de départ est un premier garde-fou contre un risque patent présent dans tout CLSM, celui de sa restriction de facto à un espace de « professionnels et d'experts de la prise en charge ».

Cependant, les discours les plus critiques de l'institution psychiatrique, recueillis en dehors des temps collectifs de travail organisés au Carré d'Art agissent comme un second garde-fou invitant à structurer **le Conseil Local de Santé Mentale comme un espace de prise de parole accueillant la conflictualité où se rejouent les tensions entre professionnels et usagers.**

[56] Audrey Linder, « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale, Sociologie, 2022, volume 13, pp. 46-47.

En face, plusieurs professionnels occupant des postes de direction (psychiatrie adulte et infanto-juvénile, addictologie, CPTS, Education Nationale, logement, insertion professionnelle, Ville de Nîmes, réussite éducative, action culturelle, etc.) ont « joué le jeu de la participation » et manifesté une intention de prendre en considération le vécu des personnes concernées.

En parallèle, plusieurs acteurs qui ne sont pas spécialisés dans le champ sanitaire, social ou médico-social ont manifesté un enthousiasme franc à l'idée de contribuer à la cause commune et l'enquête collaborative a été une occasion de connaître une offre de soutien existante pléthorique et diversifiée sur le terrain de l'inclusion. On retiendra en particulier la contribution des bibliothécaires du Carré d'Art qui revendiquent un rôle déjà actif dans la lutte contre l'isolement social dans tous les quartiers et via le médiabus, les prêts en maisons de retraite, la revalorisation de l'estime de soi (projet Des livres à soi, dispositif Premières pages, dispositif d'accompagnement individualisé des personnes en situation d'illettrisme, visites et prêts en milieu pénitentiaire, accueil de groupes de personnes en situation de handicap psychique), la diffusion de connaissances sur la santé mentale (conférences, tables thématiques).

En creux, et malgré ces perspectives positives, il est nécessaire de rappeler que certaines personnes concernées, n'ont pas participé, et ce, en raison de barrières culturelles et matérielles des professionnels et des personnes elles-mêmes, déjà documentées dans la littérature[57]. Le **défi à ce stade est d'élargir la palette des personnes concernées appelées à participer** en sensibilisant les professionnels qui les accompagnent, en particulier ceux qui travaillent à l'intersection des champs de la santé mentale et de la précarité.

C7-2 Situation problème : santé publique

Opter pour une entrée par la « santé publique » bénéficie de solides travaux scientifiques sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux, prouvant soit leur causalité soit leur corrélation positive ou négative sur la population. Ces preuves scientifiques sont relayées depuis une décennie par un nouveau narratif des politiques publiques nationales de santé mentale sur la prévention, la promotion et le dépistage. **C'est une force pour l'avenir de la jeunesse.**

Localement, une dynamique plus volontariste est espérée par les acteurs associatifs, les acteurs des services municipaux, de l'enseignement et de la culture qui ont été présents et nombreux à partager lors des matinées une vision transversale et systémique des problèmes. Il y a là **une opportunité.** Mais si elle est engagée, cette entrée par la santé publique doit donner lieu à un travail de culture préalable sous forme de formations interdisciplinaires dans la mesure où elle

[57] Robson P., Sampson, A., Dime, N., Hernandez L. et R. Litherland (2008). « *Seldom heard : Developing inclusive participation in social care* », *Adults' service position paper* 10, Social Care Institute for Excellence, Londres.

est encore peu relayée par la communauté soignante et n'est pas ou peu investie par les personnes concernées et plus largement par les citoyens. **C'est une faiblesse**. De fait, une approche de santé publique en santé mentale ne peut se contenter de mettre uniquement le curseur sur l'évolution de son volet médico-psychiatrique. Ce qui est pourtant un réflexe quasi magique partagé par tous.

Certes, il est indispensable de fixer les évolutions et orientations de la psychiatrie, de son système de soins et de ses initiatives mais en les reliant sans cesse aux mutations sociétales et aux **adversités** récurrentes qui construisent toutes sortes de troubles liés aux injustices sociales et aux déterminants sociaux de santé. Ceci afin de rendre plus visibles pour les citoyens les orientations décisives structurantes prises en amont du soin, en termes de droits, de solidarité, d'assistance. Si ce travail de culture n'est pas fait, les systèmes de soins psychiatriques deviennent inintelligibles pour les usagers et frustrants pour les professionnels censés les soutenir ou les soigner, et sont mis sans cesse en situation de surchauffe chronique.
De ce point de vue, une approche de santé publique au niveau d'un CLSM peut permettre de se représenter plus collectivement les chaines de responsabilité afin de construire à l'échelle du territoire des plaidoyers associés à tel ou tel déterminant en fonction de son impact sur la santé mentale.

A terme, ce travail nécessite d'avoir des relais avec un observatoire de santé ou d'en favoriser la création comme cela a été le cas pour l'ORSPERE à Lyon.

C7-3 Situation problème de l'accès aux ressources

Les participants à l'enquête, qu'ils se définissent comme personnes concernées ou proches-aidants sont unanimes à réclamer une plus grande lisibilité des ressources existantes. Ils proposent une multitude d'outils : annuaire accessible sur le site internet de la ville, figures comme les référents de parcours ou les case managers cumulant unité de vue de la situation d'une personne et connaissance des ressources et droits créances mobilisables, unité de lieu pour former un guichet unique pluridisciplinaire, etc., autant de propositions sensées remédier à la désynchronisation des accompagnements.

La richesse des propositions locales réside dans ce répertoire déjà disponible d'actions visant à améliorer l'accès à l'information pour le grand public ou les usagers du système de soin ou médico-social, dont il reste à tester la faisabilité et le portage.

On retiendra par ailleurs de la description exhaustive des nouveaux projets du territoire qu'ils sont pléthoriques certes mais également qu'ils correspondent à deux types de format : le dispositif interstitiel spécialisé en santé mentale (par exemple : les groupes territoriaux de traitement de l'incurie, la plateforme Emploi accompagné Job Coach, UEROS, le RAPEH, les

équipes mobiles) ou le lieu associatif d'accueil et d'entraide (par exemple : Nous et le Monde, Les Alcooliques Anonymes, Les jardiniers du Nous, Premières Pages, etc.).

L'opportunité réside en une forme de saturation de l'information sur les ressources existantes, dont le fonctionnement reste à approfondir, le « ressort » à cartographier et l'accès à clarifier. Cette tâche, qui sera nécessairement celle du CLSM, à mettre en regard avec la masse documentaire disponible (PTSM, CLS, diagnostics « Politique de la ville », etc.) est un préalable au choix des outils et formes de communication qui seront privilégiés pour garantir l'accès à l'information à ces ressources, professionnelles ou communautaires, tant pour des personnes déjà engagées dans un parcours de soin, que pour celles qui cherchent un premier soutien.

Le second atout réside dans le repérage des ressources professionnelles et communautaires qui sont déjà à l'intersection de plusieurs problématiques et champs d'intervention dans le cadre de leur mission : santé mentale ET scolarité, santé mentale ET précarité, périnatalité ET santé mentale, emploi ET santé mentale, santé mentale ET addictions, etc.

C7-4 Situation problème Quartiers Politique de la Ville

La question des QPV est récurrente depuis trente ans. Elle est réactivée à Nîmes depuis les évènements de l'été dernier dont les effets traumatiques collectifs seront présents encore longtemps. Il y a urgence à être présent.

L'adversité, c'est le narco trafic. Mais ce peut être aussi une **opportunité** pour remettre la lumière sur la détresse vécue par les habitants mais aussi sur leur force vis-à-vis de l'adversité sus nommée. Une réponse en termes de sécurité est essentielle mais elle ne suffira pas au dire même des forces de police présentes aux ateliers. L'entrée par la santé et l'entraide peut être mobilisatrice car elle peut embarquer à la fois les habitants, les intervenants sociaux, les enseignants et les professionnels du soin. Les deux relais indispensables sont les associations locales (habitants) et les centres sociaux (à confirmer). L'énergie doit être mise sur l'élaboration d'une parole collective via ces relais.

Cela dit, la relégation territoriale des quartiers restera une **faiblesse** si les initiatives ciblent uniquement les quartiers. Le CLSM ne doit pas et ne peut être, à lui seul, une force de proposition. Mais il a le pouvoir d'orienter les acteurs associatifs et institutionnels sur une thématique associant quartiers, santé et entraide. Son rôle peut être celui d'un cadrage plus coordonné des initiatives en veillant particulièrement à l'équilibre des partenaires dans un milieu où la question de la domination et de la dissymétrie des savoirs et de la parole, est structurellement déséquilibrée.

Face aux emballements émotionnels violents et récurrents sur les quartiers, le CLSM peut offrir, dans une temporalité rompant avec le court terme, des ressources de délibération et de parole en les faisant raisonner dans les espaces publics de la ville centre (dont les élus). Enfin, le CLSM est légitime, du fait de son éthique issu du monde de la santé, pour garantir, autant que faire se peut, une sémantique émancipatrice en mobilisant les acteurs culturels passeurs de frontière. Ex : Lutte contre les discriminations et le racisme systémique.

D LE CLSM NIMOIS ET SON PROCESSUS DE MISE EN PLACE

D-1 Quel modèle de développement pour le CLSM ?

Un certain nombre de participants aux demi-journées de travail collectif ont érigé en condition de participation le fait d'être mandaté par leur « employeur », « hiérarchie », « direction », etc. Quelques personnes, plus minoritaires, font état de leur volonté de participer à titre « personnel » et « bénévole ».

L'instruction ministérielle du 20 mai 2025 actualisant l'instruction du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale a été élaborée dans le but d'une part, de clarifier la place et le rôle des CLSM dans la planification territoriale, et d'autre part, d'inciter les ARS à soutenir la généralisation des CLSM. Elle propose un outil (un référentiel national) pour guider les acteurs et les décideurs dans la structuration et la mise en place des CLSM.

Cette instruction rappelle que : « évoluant dans un cadre participatif, le CLSM est ainsi un outil de démocratie sanitaire en santé mentale, créé à l'initiative des acteurs locaux, à l'échelle d'une commune, d'une inter-communalité ou d'un arrondissement. »

Le référentiel national donne quant à lui la définition suivante : *« Un CLSM est une démarche locale, ayant une gouvernance spécifique, qui vise à mobiliser différents acteurs autour d'un objectif commun : l'amélioration de la santé mentale de la population de son territoire. Ce n'est ni un contrat, ni une structure. Conformément aux recommandations de l'OMS, il s'appuie sur les principes de la santé communautaire, tels que la démocratie participative, le respect des droits humains, une organisation horizontale, la co-construction, le décloisonnement et la promotion d'une culture commune. Il promeut une vision globale de la santé mentale, et affirme son inscription dans une démarche de santé publique ».*

Cependant, le référentiel national préconise que tout CLSM repose sur trois instances principales : une instance stratégique (comité de pilotage), une ou plusieurs instances opérationnelles (groupes de travail) et une instance citoyenne (assemblée plénière), avec a minima dans le comité de pilotage des représentants, qui siègent «en tant que représentants, et non à titre individuel » du maire ou du président de l'intercommunalité; de la chefferie de pôle ou du secteur psychiatrique, de personnes concernées par des troubles psychiques; des proches-aidants. Le référentiel prévoit également des groupes de travail mixtes au sens qu'ils rassemblent des acteurs spécialisés et des personnes concernées dans chaque domaine d'intervention. Un encart spécifique indique enfin qu'il est crucial « d'associer les habitants du territoire, quel que soit leur état de santé mentale ».

Cet ensemble de préconisations comporte des propositions dont l'ensemble révèle une forme d'ambivalence, ou a minima préfigure les défis d'une organisation qui doit se conformer à une structuration déjà préfigurée, des thématiques, tout en maintenant des exigences « démocratique », « participative », « horizontale », de « santé communautaire », de co-construction, de décloisonnement et de promotion d'une culture commune ».

La définition problématisée des communautés de pratiques peut fournir une grille de lecture utile à la résolution d'une telle équation, dans le temps (dynamique de développement du CLSM) et dans l'espace (structuration des rapports de pouvoir à un temps t).

Ainsi, premièrement, les communautés de pratique désignent des groupes d'individus auto-organisés qui partagent des centres d'intérêt et qui développent des expertises communes par l'entremise d'interactions régulières, ce qui permet le développement d'une identité collective. Les communautés de pratique sont donc des processus dynamiques plutôt que des « groupes statiques ». Dans le processus de construction d'une communauté de pratiques, les membres de cette communauté négocient et produisent des significations de leur activité commune.
La négociation de sens résulte d'interactions continues, ancrées dans un contexte et une histoire, qui conduit peu à peu à la construction d'engagements mutuels, d'un projet commun et d'un répertoire partagé, ces trois dimensions « constituant » la communauté de pratiques.

Ce processus de négociation repose sur la dialectique de la participation et de la réification.

La participation renvoie à l'engagement visible, identifiable, d'un individu dans la communauté de pratique. Elle se matérialise par un ensemble d'actions et d'interactions de ce dernier dans un collectif. La réification consiste à donner forme à la négociation de sens. Les réifications sont des éléments tangibles – comme des concepts, outils, symboles, histoires ou encore des rites – produits par la communauté et constituant les preuves de son existence. Une perte d'articulation entre participation et réification peut à tout instant survenir, et déstabiliser l'ensemble de la communauté.
Chaque phase du développement d'une communauté de pratiques marque un équilibre spécifique entre participation et réification dépendant de la nature des mécanismes relationnels en présence : relations identitaires, relations affectives et fonctionnelles.

Les conseils locaux ont ceci de commun avec les communautés de pratique que l'engagement dans ce type d'instance est volontaire et commence toujours par la mobilisation de quelques individus sur un territoire donné autour d'un souci commun.

La phase préalable à la création du CLSM de Nîmes s'identifie clairement à celle de la création d'une communauté de pratiques, où la dynamique de participation est première : la première étape de réification se matérialisera par la restitution de la phase d'enquête, la seconde par la structuration du fonctionnement du CLSM.

Nous invitons donc la Ville de Nîmes et les parties prenantes, à PRESERVER, dans la structuration des travaux du CLSM l'équilibre entre :

- Les relations identitaires qui marquent le sentiment d'appartenance à un groupe par la validation d'une vision commune sur « les situations-problèmes » repérées lors de phase diagnostique ;
- Les relations interpersonnelles, qui renvoient au « plaisir de se retrouver », donc aux conditions matérielles et symboliques plaçant les participants sur un pied d'égalité dans les interactions ;
- Les relations fonctionnelles, qui renvoient à l'utilité des relations entre membres, en termes d'expertises complémentaires et de ressources pour des actions menées conjointement en réponse aux situations problèmes identifiées.

D-2 Ce que disent les participants à l'enquête

A la fin de chaque matinée de travail en collectif les 12, 27 novembre et 9 décembre, il a été demandé à chaque participant d'indiquer par écrit en glissant un petit bulletin dans une urne «A quelles conditions il participerait aux travaux du CLSM ».

6 personnes ont déclaré vouloir participer « sans condition ».

S'agissant des personnes s'étant exprimé sur les conditions de participation, un premier type d'attente se dégage.

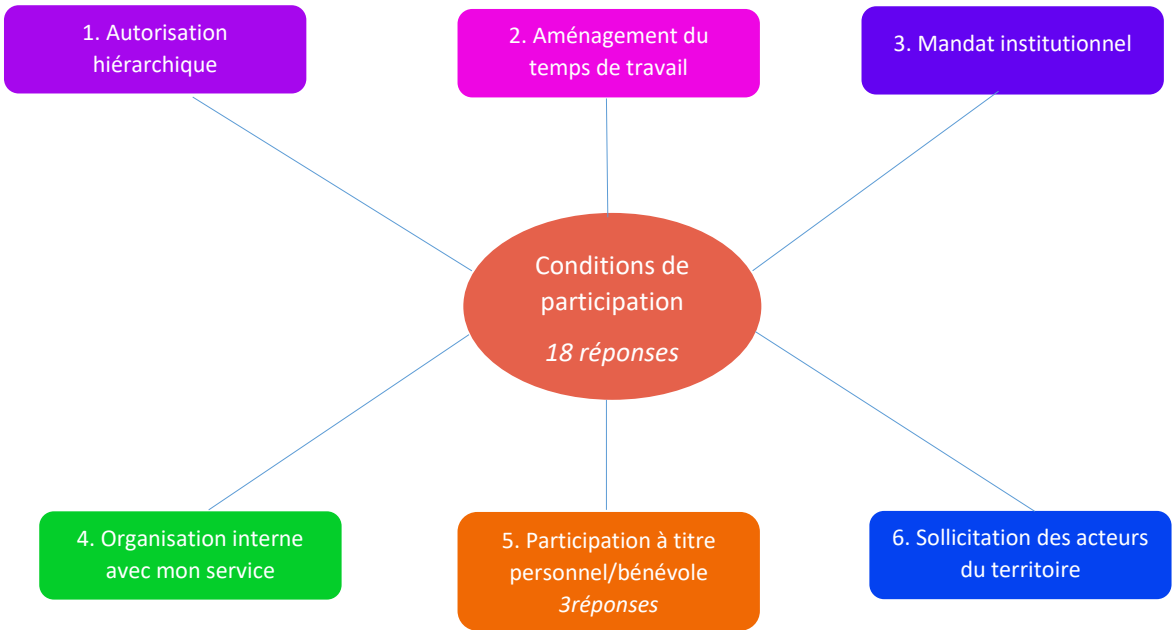
Un ensemble de réponses, qui recouvre les « conditions » majoritairement privilégiées par les participants, concernent les conditions matérielles d'organisation (rythme des rencontres, calendrier des réunions, créneaux horaires et lieu) et le caractère concret des objets de travail et de l'impact des actions menées à partir du CLSM. Un second ensemble de réponses a trait à la diversité des participants, aux thématiques et aux activités du CLSM.

Voici un schéma qui reprend l'ensemble des réponses et propose une catégorisation par type de réponse pour les items récurrents plus de 10 fois.


Impact Concret
31 réponses
Sur mandat ou à titre bénévole citoyen
16 réponses
Rythme des rencontres
23 réponses
Diversité des participants
18 réponses
Conditions de participation
Type d'activités
18 réponses
Lieu des réunions
12 réponses
Créneaux horaires
14 réponses
Thèmes
12 réponses

Les schémas suivants reprennent le détail pour chaque catégorie de réponse.

1- Agir sur mandat

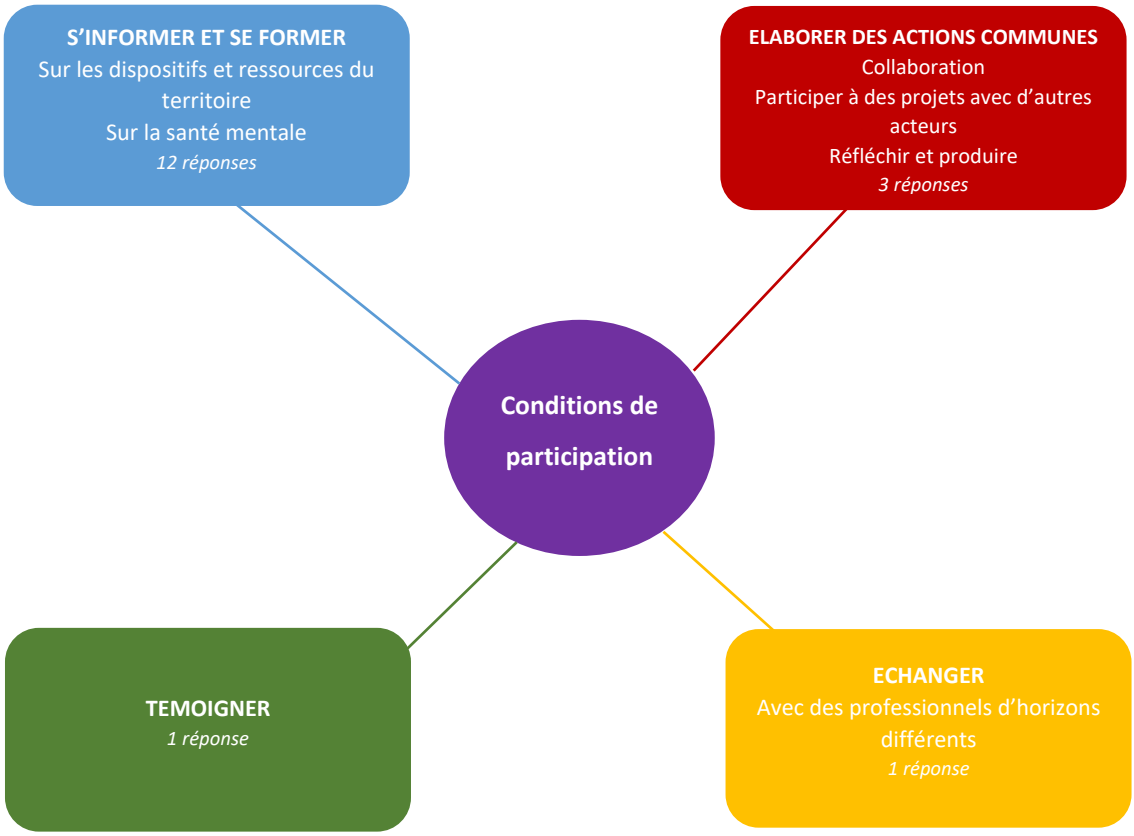


2- Participer selon le thème travaillé

12 participants ont répondu qu'ils participeraient selon la thématique travaillée, certains proposant d'ores et déjà les thématiques spécifiques suivantes :

- Améliorer la prise en charge de la santé mentale
- Créer un numéro vert unique d'information sur la santé mentale
- Discuter du handicap invisible
- Proposer une réflexion sur les « oubliés » (demandeurs d'asile, réfugiés, sortants de détention avec obligation de soins, etc.)
- L'éco-anxiété et le lien santé environnement, l'accès à la nature
- Le psycho-trauma
- L'ethno-clinique, l'ethnopsychiatrie
- Une meilleure relation avec le milieu hospitalier
- Les urgences
- Développer la pair-aidance et des dispositifs comme le COFOR à Marseille

3- Participer selon le type d'activité



4- Les conditions minoritaires

D'autres considérations sont mises en avant par les participants, qui constituent des conditions d'engagement dans le CLSM.

Ces conditions, plus minoritaires, au sens où elles reviennent à hauteur de 3 à 9 occurrences, sont les suivantes, par ordre d'importance :
Traces 9 réponses
Calendrier anticipé 9 réponses
Format et animation 9 réponses
Efficience 5 réponses
Evaluation 5 réponses
Convivialité et accueil 5 réponses
Clarification du pouvoir du CLSM 5 réponses
Vision systémique 3 réponses
Rémunération 5 réponses



En résumé, les attentes des participants concernent **l'organisation et la logistique du CLSM, sa capacité à produire des actions concrètes, possiblement mesurables et surtout visibles.**

En outre le CLSM est attendu comme un espace représentatif et dont les modalités de travail organisent **l'horizontalité des places.**

Ces deux attentes font écho à des revendications fortement exprimées lors des entretiens menées dans la première phase d'enquête.

D-3 Légitimité et diversité des participants : quelle place pour les personnes concernées ?

L'analyse de la consultation des participants aux trois premières demi-journées a permis de dresser le constat suivant : les parties prenantes qui se sont engagées dans le processus de création de l'instance CLSM revendiquent une diversité de participants qui revêt plusieurs significations.

C'est en premier lieu une mixité entre « professionnels », « personnes concernées », « usagers » et « proches-aidants », c'est ensuite une mixité entre les champs d'intervention, non limités au champ médical. Les répondants évoquent ainsi la nécessité de convier les acteurs du social, de

la culture et du logement, en ajoutant une dernière mixité souhaitable, impliquant « associations » et « institutions ».

Une seule réponse évoque la nécessité de la présence des élus.
Au-delà de ces demandes, la question de la légitimité des « personnes concernées » qui participent au CLSM se pose.

D'après le sociologue Nicolas Chambon, c'est au nom de la démocratie sanitaire que les usagers ont leur place dans les conseils locaux en santé mentale. C'est alors en tant que citoyens qu'ils sont appelés à participer[58]. Et leur participation impose de donner à ces usagers les compétences qui leur manqueraient ou d'adapter le cadre du dispositif pour éviter de mettre en exergue certaines inaptitudes. Autrement dit, il s'agit de battre en brèche la présupposition de l'incapacité à pouvoir participer aux instances politiques de personnes vulnérabilisées par une situation de handicap, cette précaution valant en outre pour d'autres formes de vulnérabilité, sociale notamment.

Plusieurs options sont alors possibles : chercher une forme de représentativité ou choisir d'arrimer la participation à un processus où les personnes qui « se sentent concernées » s'agrègent à la démarche collective, en ciblant très largement les « personnes susceptibles de se sentir concernées ». Sur ce point, la ville de Nîmes a déjà opté pour une appréhension large de ce groupe ciblé, en invitant certes, les associations d'usagers et de proches-aidants, type Groupe d'Entraide Mutuelle et UNAFAM, tout en cherchant d'autres « entrées » : associations d'habitants en quartier QPV, associations DYS, personnes cérébrolésées, etc.

Dans ce contexte, il est plus que jamais crucial de poursuivre une démarche qui s'arrime d'abord aux expériences des personnes qui se disent concernées et qui mobilise les acteurs et actrices qui œuvrent concrètement en faveur d'une meilleure justice sociale s'agissant de la cause de la santé mentale. Autrement dit, la visée d'une meilleure justice sociale est double : en tant qu'elle lutte contre les inégalités propres au rapport soignants-soignés, et en tant qu'elle dénoue les inégalités socio-spatiales discriminant les habitants du territoire, qu'ils soient usagers du système de soin (ou médico-social) ou non.

Tandis que la qualité de la représentation demeure toujours discutable car elle exige de trouver les « bons représentants au regard de caractéristiques a priori objectivées, la construction d'une participation basée sur la reconnaissance par des membres libres et égaux d'une association qu'ils ont librement approuvée » (Habermas, 1997), soit ici le fait de s'associer au sein d'un CLSM, déporte la question de la représentativité vers celle de la diversité des « concernements ». Cependant, elle invite à porter une attention permanente à **l'ouverture de la plateforme de concertation que constitue le CLSM aux questions qui émergent en son sein, du point de vue des individus concernés à titre personnel, ce qui impose de créer des**

[58] Nicolas Chambon, Rhizome, 2015/4 N° 58, pp. 5 à 6

outils, des médiations ou des espaces limitant la domination symbolique des sachants sur les profanes.

En outre, la question de la participation des usagers renvoie à la capacité du CLSM d'organiser des réponses aux situations-problèmes repérés par les personnes concernées et les habitants eux-mêmes, sans restreindre l'ouverture de cette instance aux « usagers de psychiatrie » ni pathologiser la souffrance des habitants en quête de mieux-être.

Sur la question de la composition des CLSM, l'état des lieux rendu public par le Centre Collaborateur de l'OMS en 2023 indique « qu'il est attendu d'un CLSM qu'il inclue systématiquement dans sa composition les quatre acteurs clés que sont les élus locaux, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants » et que la participation des « personnes concernées » est en hausse depuis 2018 (72% contre 60%), alors que celle des proches-aidants est en baisse (78%, contre 90% en 2018). Les élus locaux sont considérés comme activement impliqués dans trois quarts des CLSM répondants, à la fois dans les prises de décision et dans les actions menées. À ce titre, plus de la moitié des CLSM précisent que les élus participent aussi aux groupes de travail opérationnels. Plus de 70% des CLSM déclarent une implication active de la psychiatrie publique et des proches-aidants.

L'état des lieux pointe une forte disparité en matière de participation des usagers selon les territoires, qui existe tout de même dans environ deux tiers (68%) des CLSM. Les coordinateurs de CLSM au sein desquels la participation n'est pas encore considérée comme opérationnelle évoquent plusieurs raisons à cela :

« Les autres membres du CLSM ne sont pas convaincus de la nécessité de développer la participation (travail à faire sur les représentations). »
« Absence (d'associations) d'usagers sur le territoire. »
« Les instances n'ont pas adapté leur fonctionnement de sorte à rendre la participation des usagers possible et confortable. »

A Nîmes, la participation des personnes concernées et habitants a été très forte. On comptabilise 70 % de professionnels et 30 % de personnes concernées et habitants (Cf. annexe).

Du point de vue de l'animation du CLSM, la méthodologie de la recherche-action est déjà un acquis et plusieurs participants à la deuxième phase d'enquête appellent à ce que l'instance CLSM fonctionne sur un mode « participatif », garantissant l'expression libre et la considération des personnes concernées, comme en attestent les verbatim reproduits ci-après :

« Qu'il soit ouvert aux malades concernés »
« Il faudrait que je puisse m'exprimer librement »
« Avoir sa place au même titre que les « vrais professionnels » »
« Vulgarisation »

« Privilégier l'échange et NON l'écoute »
« Si on nous montre vraiment de l'intérêt et de l'écoute sans donner un préavis et un jugement mais vraiment du soutien et une vraie compréhension »
« Aspects participatifs »
« A l'identique des forums ouverts : apprendre et/ou contribuer »
« Réunions arbitrées par des professionnels facilitateurs »
« Oui, si cela peut être accessible pour moi »
« Co-construire »
« Que l'animation soit clairement définie »
« Témoigner »

Pouvoir témoigner, s'exprimer librement sans être jugé, avoir accès, etc. Les expressions utilisées renvoient aux trois types d'injustice épistémique documentés dans la littérature[59], soit :

- Les injustices testimoniales, lorsque les membres des groupes sociaux marginalisés ne sont pas considérés comme des interlocuteurs crédibles en raison de préjugés défavorables,
- Les injustices herméneutiques, quand les membres de groupes sociaux marginalisés ne disposent pas des ressources cognitives pour interpréter et mettre en mot leur propre expérience parce que leur expérience ne s'inscrit pas dans les conceptions du monde et théories dominantes,
- Les mécanismes de silenciation.

Ces différents types d'injustice épistémique ont été depuis peu repérés et conceptualisés dans les milieux de soins et d'accompagnement social ou médico-social[60].

Ces éléments plaident non seulement pour une animation participative du fonctionnement du CLSM mais pour une vigilance permanente plus approfondie, transversale, mobilisée « à tous les étages », visant à :

- **Outiller conceptuellement les participants pour l'expression de leur expérience,**
- **Valoriser les savoirs expérientiels,**
- **Instaurer un processus démocratique de priorisation des travaux,**
- **Adapter les formats de discussion.**

[59]Baptiste Godrie et Olivia Gross, « Les Injustices épistémiques en santé : une introduction », Éducation et socialisation, Les Cahiers du CERFEE, 71, 2024.
[60] P.Crichton, BJPsych Bull. 2017 April; 41(2):65–70 et Dubin, R.E., Kaplan, A., Graves, L., et Ng, V. K. (2017). Reconnaitre la stigmatisation : sa présence dans les soins aux patients et dans la formation médicale. Canadian family physician Médecin de famille canadien, 63(12), pp. 913–915.

E NE PAS CONCLURE MAIS POURSUIVRE

Ce rapport est structuré par une orientation qui en fonde l'originalité. Elle a consisté autant que faire se peut à prendre au sérieux la parole et le savoir des personnes concernées. Mais, pour préciser notre approche, cette orientation se déploie selon un large mouvement panoramique (d'où la méthode employée) où cette parole et ces savoirs sont inscrits dans leurs entours familiaux, sociaux, urbains, culturels.

« Mettre l'usager au centre du dispositif », tel que le relaie, à satiété, le discours public depuis vingt ans est insatisfaisant. En réifiant, voire en sacralisant la parole des dits usagers, il renforce un individualisme réducteur, scotomise la présence quotidienne de l'entourage et de l'environnement délégitimant au bout du compte, une approche dialogique d'interconnaissance et de réflexivité. Lors de l'enquête, une personne concernée a changé son regard sur les professionnels lorsqu'un psychiatre a avoué parfois perdre le sommeil au sujet d'un de ces « patients ». Et vice et versa.

De fait, entendre et reconstituer des parcours de vie et des trajectoires de soins par les personnes elles-mêmes a été essentiel *pour comprendre* ce que notre société produit comme type de décrochage mais aussi d'endurance. On y saisit un détachement des trajectoires collectives, une douce mais douloureuse extraction des groupes d'appartenance (collectif de quartiers ou de travail), une expérience locale déconnectée des phénomènes macroéconomiques (enfermement dehors), un espace domestique désarticulé du milieu écologique général, des conditions matérielles de vie variables mais souvent amputées d'une attention aux valeurs immatérielles, spirituelles, artistiques qui caractérisent souvent les préoccupations des personnes concernées.

Ce travail public de témoignage, essentiel, permet de faire droit à une communauté invisible ou stigmatisée car orienter le regard vers l'art, le droit et la culture, est infiniment plus fécond que vers la psychiatrie, quand il s'agit d'offrir un espace de reconnaissance aux gens qui souffrent. Car même lorsque ce témoignage est « appelé », le risque est qu'il soit encore trop souvent traité selon un mode extractiviste. D'après Baptiste Godrie, si l'on transpose la notion d'exploitation des ressources naturelles au domaine de la connaissance, le concept d'extractivisme épistémique consiste à extraire des savoirs recueillis auprès de populations vulnérables ou marginalisées sans véritablement leur en redistribuer les bénéfices ou reconnaître leur contribution. Face à cet extractivisme, Godrie défend une approche de recherche collaborative qui reconnaît les personnes concernées comme de véritables partenaires, partage le pouvoir décisionnel à toutes les étapes du processus de recherche, et valorise les savoirs expérientiels au même titre que les savoirs académiques, tout en assurant une redistribution des retombées de la recherche vers les communautés participantes[61].

[61] Baptiste Godrie, « Resisting Scientific Extractivism: A Post-Extractivist Policy of Knowledge Production with Marginalised Communities », volume 18, n°1, 2025.

Témoigner et reconnaître sans extractivisme nécessite l'invention d'un dispositif institutionnel ad hoc, qui, au moins partiellement, soit débranché des jeux et des enjeux, souvent antagonistes des acteurs du soin et de l'accompagnement. La vocation et le sens d'un CLSM en tant que plateforme de concertation a donc pour finalité première de poser la citoyenneté des personnes concernées qui sont avant tout des personnes ordinaires. Prendre au sérieux cette exigence de citoyenneté empêchée ou en train de se faire, renvoie à un impératif d'inclusion. Cela ne veut surtout pas dire que les personnes concernées ont la clef pour résoudre les situations problèmes tels qu'ils ressortent de cette enquête. Loin de là. Pour autant, les témoignages d'expérience des personnes concernées, quel que soit le champ d'intervention considéré, militent pour introduire des passeurs de frontière qui peuvent s'incarner dans les figures de médiation et de pair-aidance. Dit autrement, plus l'injustice épistémique est grande, plus la tentation extractiviste est présente, plus ce type de figures devient nécessaire sur les terrains.

L'un des moyens de s'en prémunir serait, préalablement à la mise en place officielle du CLSM, de provoquer une réunion avec les personnes concernées, les proches-aidants et les facilitateurs disposés (et disponibles) à poursuivre l'aventure, et qui ont joué le jeu de la communauté de pratiques, en vue d'une discussion autour du présent rapport.

Cette enquête, en multipliant les points de vue a dressé un panorama complexe mais plus ordonné de situations problèmes auxquelles le territoire nîmois est confronté. Chaque situation/ problème nécessite de penser de nouvelles compétences à mutualiser que ce soit sur le thème de la déstigmatisation, de la santé publique, de la prévention de la jeunesse, des quartiers ou de l'accès aux soins. Chaque acteur bénévole ou professionnel du territoire doit pouvoir s'asseoir à la table de concertation en avançant ses pions dans un paysage touffu en fonction de ses savoirs, de ses compétences et de ces missions institutionnelles.

Pour autant, aucun n'est propriétaire du problème public de la santé mentale. Les uns ont besoin des autres. L'histoire ne fait que commencer.