# ENQUÊTE QUALITATIVE & COLLABORATIVE

Travaux de préfiguration du
**Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)**
de la Ville de Nîmes



## Synthèse

Janvier 2026

Auteurs : Christian Laval, sociologue
Pauline Rhenter, sociologue et avocate

NÎMES

## A. CONTEXTE ET OBJECTIFS

La santé mentale est un enjeu pour la Ville de Nîmes, il est inscrit dans son Contrat Local de Santé (CLS) établi avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie, cadre des travaux de préfiguration du CLSM nîmois. Cette démarche est confortée par la grande cause nationale *« Parlons santé mentale »*, elle est en cohérence avec la politique nationale de généralisation des CLSM, au nombre de 260 en France en 2023.

La santé mentale dépasse la seule question de l'accès aux soins psychiatriques pour embrasser la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette vision englobe la souffrance psychique, la vulnérabilité psychosociale et le bien-être, dans l'esprit du thème des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) 2025 : *« Pour notre santé mentale, il s'agit de réparer le lien social ».*

Pour dessiner les contours de la future feuille de route du CLSM, une enquête qualitative et collaborative a été menée de mai à décembre 2025 par **Christian Laval** et **Pauline Rhenter.** Plutôt que de partir d'un cadre de référence institutionnel préétabli, sa philosophie a consisté à décentrer et multiplier les points de vue afin de faire remonter l'expression des personnes concernées par les troubles psychiques, des professionnels de la psychiatrie et des autres champs impliqués par la santé mentale, entendue au sens de l'OMS (social, éducatif, logement, sécurité, culture, etc.), ainsi que celle des élus locaux.

Si l'enquête a porté sur le territoire nîmois, la cartographie des ressources et des acteurs déborde de ses limites administratives ; Nîmes, en tant que chef-lieu, concentre une grande part des ressources en santé mentale du département, ce qui invite à situer le futur CLSM dans une perspective élargie, en écho aux constats déjà posés par le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) du Gard.

Dans le paysage nîmois des acteurs de la santé mentale, le projet de CLSM répond à une forte attente portée par une volonté partagée de décloisonnement, de transversalité et de proximité avec les usagers, en rupture avec des décennies de critique des politiques *« en silo »*.

## B. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

La démarche retenue est qualitative, collaborative et cumulative : elle s'appuie sur la multiplication des perspectives entre chercheurs et acteurs de terrain, en écho aux travaux sur le croisement des savoirs, l'*« (in)justice épistémique »*[1] (Miranda Fricker) et l'agentivité épistémique des personnes concernées. Ces notions renvoient respectivement aux inégalités dans l'accès, la reconnaissance et la production des savoirs, notamment ceux des personnes elles-mêmes concernées par les troubles psychiques (Baptiste Godrie), et à leur capacité à conduire leur vie et leur parcours de soin en s'appuyant sur leurs propres savoirs.

Cette enquête a été construite en deux phases.

Lors de la première, une quarantaine d'entretiens individuels et collectifs ont été menés entre juin et septembre 2025 par les deux chercheurs auprès de personnes concernées, d'aidants et de professionnels, jusqu'au seuil de saturation des données. Ils regrettent de ne pas avoir pu accéder davantage aux patients hospitalisés comme aux habitants des quartiers dits « politique de la ville ».

[1] *Dans ce document, le terme « personnes concernées » désigne les personnes concernées par des troubles psychiques.*

Cette phase a débouché sur dix axes prioritaires, qui ont guidé la seconde phase de l'enquête :

- Répondre aux demandes croissantes d'accompagnement liées à une précarisation accrue ;
- Organiser une réponse coordonnée aux nouvelles pathologies et conduites à risque *(addictions, harcèlement, écrans, troubles du neurodéveloppement)*, avec un focus sur les jeunes ;
- Rendre visible l'offre d'accompagnement sanitaire, médico-sociale et associative ;
- Intervenir précocement et réduire les délais d'accès aux services *(soins, prestations handicap, logement, réponse à la crise) ;*
- Améliorer la coordination des acteurs *(offre institutionnelle et tissu associatif dense mais peu coordonné) ;*
- Promouvoir des campagnes de déstigmatisation impliquant les personnes concernées ;
- Favoriser l'inclusion en milieu ordinaire (formation, travail, culture, sport) ;
- Soutenir les projets déjà portés par les différents acteurs ;
- Développer une information accessible sur les droits ;
- Valoriser les savoirs expérientiels *(proches-aidants, pair-aidance professionnalisée, patients-experts).*

Lors de la seconde phase d'enquête, le recueil de données a consisté en trois demi-journées de travail collectif entre novembre et décembre 2025, organisées avec l'appui de sept facilitateurs, réunissant personnes concernées, proches-aidants et professionnels de première et seconde ligne, en sous-groupes de 8 à 12 personnes, à l'aide d'outils participatifs inspirés des *Liberating Structures*[2].

Ces rencontres ont permis d'approfondir les connaissances et attentes des participants concernant huit thématiques : le suivi coordonné des parcours, la connaissance de l'offre, l'augmentation des comorbidités, la stigmatisation et l'inclusion, la reconnaissance des savoirs expérientiels, la visibilité des soutiens, le soutien aux projets locaux, et la création d'espaces partagés. Elles ont également exploré les conditions de participation de chacun au CLSM.

L'analyse du matériau recueilli au cours de l'enquête collaborative a suivi une approche originale voulant rompre avec la production d'une liste de thématiques prioritaires et de fiches-action, faisant peu cas des analyses propres de chaque acteur impliqué.

Les chercheurs ont donc choisi une **grille de lecture pragmatiste,** inspirée de la théorie de l'enquête de John Dewey, qui ne vise pas à établir des priorités d'action mais à identifier des **problèmes sensibles à résoudre collectivement,** selon un processus en trois étapes : l'identification d'une situation-problème, sa définition publique, puis sa résolution discutée en commun. Le rapport se concentre sur les deux premières étapes ; la troisième, celle de la résolution et du choix des actions, revient explicitement au futur CLSM lui-même, une fois installé.

## C. RÉSULTATS

L'enquête a fait émerger une question centrale : celle des conditions à réunir et à promouvoir pour permettre aux Nîmoises et Nîmois, et plus particulièrement aux personnes concernées par les troubles psychiques et à leurs proches, de bénéficier d'une santé mentale suffisamment bonne et de *« conditions de vie dignes et vivables »*, pour reprendre les termes de Judith Butler et de Frédéric Worms. Quatre situations ou problèmes sensibles ont été repérés pour documenter cet enjeu de santé mentale et de santé publique. Ces situations ou problèmes sensibles sont dénommés *« situation-problème ».*

[2] *Les Liberating Structures sont un ensemble de méthodes d'animation collaborative conçues pour faire participer davantage de personnes et mieux répartir la parole et le pouvoir dans les groupes*

## 1) SITUATION-PROBLÈME 1 :

### Dénouer la tension entre valorisation des capacités et le handicap invisible chez les personnes concernées par des troubles psychiques.

Les personnes concernées expriment en premier lieu la stigmatisation dont elles font l'objet, notamment dans le monde du travail, et un désir ambivalent entre repli dans l'entre-soi (groupes d'entraide, emploi protégé) et aspiration à une inclusion en milieu ordinaire, « horizon d'attente » majeur pour la quasi-totalité des personnes rencontrées. Ainsi, au-delà de l'entre-soi protecteur des groupes d'entraide, les personnes concernées expriment un désir général de participer à la vie sociale ordinaire (travail, école, loisirs, sport, etc.), avec reconnaissance de leur autonomie et de leurs savoirs expérientiels.

Les travaux collectifs ont fait émerger trois figures du stigmate : le regard stigmatisant et les discriminations, l'auto-stigmatisation et les situations de méconnaissance ou d'incompréhension des vécus et des particularités des personnes concernées. Ces différentes formes de stigmatisation constituent des obstacles dans les parcours. En outre, elles ne se limitent pas au champ des troubles psychiques et recouvrent des expériences variées de discrimination et de mise à l'écart liées aux identités, aux parcours et aux vulnérabilités sociales.

Ces résultats font écho aux travaux de Graham Thornicroft sur les « cercles vicieux » de la stigmatisation, qui montrent comment la réduction des opportunités, notamment en matière d'emploi, de logement et de relations sociales, peut aggraver les difficultés rencontrées et renforcer en retour les stéréotypes qui leur sont associés. Ils rejoignent également sa réflexion sur les principaux leviers pour lutter contre ces mécanismes : l'éducation, le contact et la protestation.

Une cartographie des trajectoires individuelles (frises du temps et cartographies relationnelles utilisées pendant l'enquête) révèle des ruptures et des traumatismes dans les parcours de vie et une série d'obstacles récurrents : l'isolement et l'exclusion, la stigmatisation, les difficultés d'accès aux soins. Elle montre que les soutiens les plus déterminants ne sont pas les soignants mais les liens sociaux de proximité (famille, amis, voisins, animaux de compagnie), ce que confirme la littérature sur l'interconnexion entre inclusion sociale et rétablissement en santé mentale.

Le caractère relatif et subjectif de l'expérience vécue ressort des témoignages : un même événement (hospitalisation, déménagement, placement) peut être qualifié tantôt de ressource, tantôt d'obstacle, selon les personnes ou les moments de leur parcours. Cela invite à une analyse individualisée des trajectoires plutôt qu'à une catégorisation homogène des trajectoires. Il convient toutefois de ne pas réduire le rétablissement à une expérience uniquement subjective, au risque d'occulter les inégalités sociales structurelles.

Enfin, la question du respect des droits est posée avec force : parmi les personnes interviewées, les auteurs constatent que les personnes les plus dépendantes du système sanitaire et social sont aussi les moins enclines à en critiquer structurellement le fonctionnement, contrairement à des personnes socialement plus privilégiées.

## LEVIERS

Le futur CLSM devra aménager des espaces non mixtes pour libérer la parole des personnes concernées, tout en les préparant à participer à des groupes de travail mixtes, et définir ses priorités thématiques en tenant compte de la diversité sociologique.

Des revendications communes ressortent des témoignages : libérer la parole des personnes concernées via des espaces mixtes et non-mixtes, sensibiliser le grand public et les professionnels encore trop souvent dans l'ignorance du vécu réel de ces personnes, et garantir une intégration effective dans la vie quotidienne (culture, sport, école, travail, etc.).

On note une forte demande de formation aux droits des patients, aux outils d'appui au consentement, et à la figure méconnue, bien que consacrée par la loi Kouchner de 2002, de la « personne de confiance » dans le champ de la santé.

## 2) SITUATION-PROBLÈME 2 :

### Dénouer la tension entre santé publique et accompagnement individuel

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

L'attribution croissante de ressources aux soins ne se traduit pas par une baisse de la prévalence des troubles mentaux, sans que cela ne remette en cause leur utilité. Ce qui plaide pour une approche élargie aux conditions de vie plutôt que pour la seule réponse clinique. Il est donc nécessaire de distinguer deux logiques : le système de soins, centré sur la relation individuelle (aidant/aidé), et la santé publique, centrée sur les populations et les « problèmes » collectifs plutôt que sur des « cas ».

L'état de santé mentale dépend avant tout des liens sociaux.

Quatre déterminants sociaux de santé mentale sont identifiés :

- **Les ressources financières et les inégalités sociales.** 31 % de la population nîmoise vit sous le seuil de pauvreté (Insee, 2021). Licenciements, fins de droits, non-recours aux aides sociales (RSA, pension d'invalidité, C2S) fragilisent particulièrement les personnes concernées.
- **L'habiter,** au-delà du simple logement : disposer d'un *« chez-soi »* sûr et stable est présenté comme une condition centrale d'une bonne santé mentale. Les mobilités périurbaines et le manque de transports sont aussi pointés comme freins.
- **La famille, l'éducation et les liens de proximité.** Sont repérés en particulier la diversité des configurations familiales (30 % des mineurs nîmois vivent en famille monoparentale (Insee, 2022)), le rôle de l'école, souvent en difficulté pour se coordonner avec les ressources de santé mentale, et l'importance du lien amical et citoyen dans la prévention et le rétablissement.
- **Les obstacles relevant classiquement du système de soins.** Sortie d'hôpital sans relais avec le médecin traitant, ruptures de traitement, cloisonnement des prises en charge, traitement insatisfaisant des situations d'urgence, compliance aux médicaments, possible défaillance des aidants (burn-out). Ces obstacles sont eux-mêmes perçus par les acteurs professionnels comme des déterminants sociaux de santé à part entière alors que les personnes concernées ressentent avant tout le poids des inégalités sociales et culturelles.

## LEVIERS

La question de l'habiter - *se loger dignement, créer des liens de voisinage, se soigner et gagner en autonomie* - est présentée comme le point d'entrée fédérateur pour le futur CLSM, au regard de ses effets sur la santé mentale et parce qu'elle oblige à croiser santé publique et système de soins. Le programme international *« Housing First »* pourrait, à cet égard, constituer une source d'inspiration, notamment par l'attention qu'il porte au logement comme condition du rétablissement et de l'autonomie, en élargissant cette réflexion au-delà des seules personnes sans domicile.

Les réflexions convergent vers la nécessité de construire une *« culture de santé publique »* partagée entre tous les acteurs : professionnels (soin, social, culture, etc.), personnes concernées et proches-aidants, au travers de formations pluridisciplinaires sur les déterminants sociaux et les inégalités de santé mentale, et à terme par la constitution d'un observatoire de santé mentale local, sur le modèle de l'Orspere-Samdarra, observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés, basé à Lyon.

## 3) SITUATION-PROBLÈME 3 :

### L'accès aux ressources de santé mentale

Dès la première phase de l'enquête, les personnes concernées expriment le besoin d'une réponse rapide en cas de crise (ligne d'écoute, équipes mobiles de type « SOS psychiatre ») et d'une meilleure information sur les ressources disponibles, notamment à la sortie d'hospitalisation, plusieurs témoignages réclamant un « livret » ou « kit de survie » recensant contacts et structures.

Les obstacles complémentaires identifiés lors de la seconde phase incluent : délais d'attente, absence d'aller-vers, discontinuité des accompagnements, offre parfois inexistante, modèle médical jugé trop restrictif et approche non intégrée des polypathologies. Le fonctionnement en silo des services empêche la prise en charge conjointe des comorbidités psychiatriques et addictives, certains établissements refusant les patients cumulant les deux problématiques. Sont également pointés l'errance diagnostique, les freins financiers à l'accès à la thérapie et l'absence de médecin traitant, obstacle majeur pour les personnes étrangères, précaires ou psychotraumatisées.

Sur le registre des droits, les participants de la seconde phase de l'enquête n'ont presque jamais évoqué d'atteintes aux libertés fondamentales mais systématiquement des droits-créances : le droit d'accéder à l'information sur les ressources, le droit d'accéder aux ressources elles-mêmes (poste de travail adapté, prestations sociales, compensation du handicap), et le droit de travailler en milieu ordinaire ou de bénéficier des garanties du droit du travail, y compris en ESAT.

Par ailleurs, le territoire nîmois connaît un double mouvement en matière de ressources disponibles : d'une part une difficile effectivité des missions conventionnelles dans un contexte de moyens institutionnels contraints, avec des délais de plusieurs mois pour une première prise en charge ; d'autre part l'émergence de nombreux dispositifs et projets « sur mesure » dits innovants, encore peu pérennes, déployés hors les murs et parfois en marge des cultures professionnelles instituées.

En regard de l'accès aux ressources en santé mentale, bien davantage qu'une insuffisance quantitative, tous les participants pointent en creux une **désynchronisation des accompagnements** entre les temporalités du soin, du médico-social et du social, qui génère des ruptures de parcours, en particulier à la sortie d'hospitalisation, avec une absence de relais opérationnel (aide à domicile, portage de repas, accompagnement au logement, etc.).

Deux options se dégagent pour répondre à cette désynchronisation : développement d'une offre spécifique en filières pour des publics spécifiques versus adaptation du droit commun aux personnes avec des besoins spécifiques, en particulier les plus « psychiatrisées ». Le même constat vaut pour le logement, entre le développement de l'habitat inclusif étayé et l'accès au logement ordinaire diffus.

## LEVIERS

Les personnes concernées et leurs proches revendiquent une offre sanitaire et médico-sociale lisible et réactive, un accompagnement global et continu non réduit au seul modèle médical, et la possibilité de choisir parmi une offre diversifiée de soutiens (pairs, communautaires, professionnels).

Le désir d'une approche globale revient dans tous les groupes de travail : articuler projet de soin et projet de vie, assurer une vision systémique de la personne. Les propositions convergent vers plus de pluridisciplinarité et de coordination (case managers, référents de parcours, plateforme territoriale d'information et de mise en réseau des dispositifs), pour éviter les ruptures de parcours, de droits et de confiance entre usagers et institutions.

## 4) SITUATION-PROBLÈME 4 :

### Les quartiers prioritaires (QPV), une question sociale et mentale imbriquée

Depuis quatre décennies, une frontière durable, géographique, culturelle, socio-économique et symbolique, sépare la ville de certains quartiers, nourrissant peurs et rejets réciproques. La sociologie de la ségrégation urbaine documente de longue date, dans ces territoires, la pauvreté, la suroccupation des logements, les discriminations liées à l'origine et l'économie de la drogue. La corrélation entre situation économique et troubles de santé mentale appelle une attention à l'expérience émotionnelle collective (peur, honte, mépris), au-delà de la seule approche clinique individuelle.

La Ville de Nîmes compte six quartiers QPV. Ils concentrent 25 % de la population nîmoise, avec 60 à 70 % des habitants sous le seuil de pauvreté pour certains quartiers et une forte dépendance aux prestations sociales. Dans les QPV Chemin Bas d'Avignon et Pissevin-Valdegour, le revenu médian est particulièrement bas (inférieur à 11 000 €) et nettement inférieur à la moyenne communale (17 402 €) (Diagnostic du Projet Social de Territoire (PST)-Convention Territoriale Globale (CTG), 2026).

S'y ajoutent des tensions entre quartiers, et au sein même d'un quartier, liées aux diversités culturelles, à la jeunesse de la population, à la vitalité associative.

Diverses actions, dont certaines sont issues de la politique de la ville, peuvent aussi constituer des ressources : ateliers artistiques, sport, actions pour la parentalité, groupes de parole, formations aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM), formations au développement des compétences psychosociales, « Mon soutien psy », dispositif des Cités éducatives.

En juillet 2025, une flambée de violence, a inauguré un cycle de fusillades et de règlements de comptes, conduisant les autorités à instaurer un couvre-feu et laissant des traces traumatiques profondes chez les habitants : climat anxiogène, hypervigilance chez les enfants, repli des familles sur elles-mêmes, sentiment d'abandon des pouvoirs publics assorti d'une forte demande de sécurité, sentiment de vivre « en état de guerre », retrait de certains services (visites à domicile suspendues). Ce climat est susceptible de détruire les ressources collectives et affecte durablement la santé mentale des habitants.

Lors de ces évènements, deux figures professionnelles clés intervenant dans ces quartiers reviennent dans l'expression de quelques habitants : la médiatrice en santé, en particulier en raison de sa maîtrise de la langue et de la culture des habitants, et un groupe de psychologues lié à la Maison Départementale des Adolescents (MDA) ou le dispositif « Mon soutien psy ». Ces actions restent encore mal identifiées par les familles et reposent largement sur un réseau informel de proximité plutôt que sur un dispositif institutionnalisé. Les associations de quartier, nombreuses mais peu coordonnées et peu soutenues, jouent un rôle de rempart social essentiel, assumant de fait des missions de service public sans en avoir les moyens.

## LEVIERS

Aborder cette situation sous l'angle de la *« Santé Mentale et du Soutien Psychosocial »* (SMSP), approche issue du champ humanitaire, permettrait de renforcer les ressources d'entraide communautaire existantes plutôt que de pathologiser d'emblée la souffrance des habitants.

Le CLSM, sans pouvoir agir seul sur ces territoires, peut jouer un rôle de mise en cohérence des initiatives locales, de portage d'une parole collective vers les instances de la ville-centre, et de vigilance contre les discriminations territoriales, en s'appuyant en priorité sur les associations d'habitants et les centres sociaux.

## 5) FOCUS SUR L'ENFANCE, LA PETITE ENFANCE SUR LE TERRITOIRE NÎMOIS DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE

Contrairement au reste de l'enquête, ce thème n'a pas été traité à partir de la parole directe des jeunes et de leurs parents (accès non obtenu), mais sous forme d'un état des lieux des tendances scientifiques et politiques en cours.

Les moins de 15 ans représentent 17 % de la population de Nîmes ; les 3-10 ans environ 13 000 personnes (Diagnostic du PST-CTG, 2026).

Deux logiques de prévention sont à distinguer :

- **La prévention des troubles du développement,** qui vise un développement harmonieux de l'enfant et cible notamment les troubles DYS (attention, apprentissage, lecture) ainsi que les difficultés familiales. Ce thème est traversé par des controverses passées (collectif « Pas de Zéro de Conduite », 2006) et le débat actuel sur la prise en compte insuffisante des contextes sociaux (ex. : forte prévalence des troubles DYS en milieu précaire). Le programme national des Mille premiers jours (2020) a renforcé le rôle prédictif des acteurs de la petite enfance, illustré dans le Gard par la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) du Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze, dont près de la moitié des enfants suivis viennent du bassin nîmois ;
- **Le dépistage précoce** vise à repérer et traiter au plus tôt les signes avant-coureurs de pathologies psychiatriques émergentes (transition psychotique, syndrome prodromique), pour limiter la chronicisation des troubles. La villa Orygen à Nîmes illustre cette approche, portée notamment par la notion de « sentinelle », soit une personne de l'entourage formée à repérer la souffrance psychique. Un manque d'outils de formation pour ces sentinelles est souligné.

Ces logiques de prévention et de dépistage mobilisent un grand nombre d'acteurs (professionnels, enseignants, familles, etc.) investis d'une fonction de veille. Ces acteurs doivent garantir que le geste préventif, qui nomme un trouble, ne contribue pas à stigmatiser l'enfant ni à renforcer la culpabilité parentale. Des lieux d'accueil à bas seuil comme les Lieux d'Accueil Parents Enfants (LAEP) ou la Maison des Adolescents (MDA) sont des espaces permettant de désamorcer ces effets, en favorisant l'échange entre parents et professionnels.

Enfin, la question des réseaux sociaux est signalée comme un enjeu transversal majeur, mentionné spontanément par tous les types d'acteurs rencontrés (soignants, éducateurs, personnes concernées, familles). L'impact des réseaux sociaux sur la santé mentale des jeunes (troubles anxiodépressifs, cyberharcèlement, image de soi dégradée, conduites addictives), est documenté par un rapport récent de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Celle-ci recommande d'associer directement les jeunes à la construction des réponses et des règles d'usage, une préconisation cohérente avec la philosophie participative de l'ensemble de l'enquête.

# D. LA MISE EN PLACE DU FUTUR CLSM

## Un modèle de développement à ménager

S'appuyant sur l'instruction ministérielle du 20 mai 2025 (actualisant celle du 30 septembre 2016) relative à la consolidation et à la généralisation des CLSM, ainsi que sur le référentiel national correspondant, le rapport rappelle la structuration attendue des instances en trois volets : une instance stratégique (comité de pilotage), une ou plusieurs instances opérationnelles (groupes de travail mixtes associant spécialistes et personnes concernées) et une instance citoyenne (assemblée plénière). Le comité de pilotage doit réunir a minima, des représentants du maire, de la psychiatrie de secteur, des personnes concernées et des aidants.

La création du CLSM s'inspire de la constitution d'une « communauté de pratique » (Étienne Wenger), où domine la dynamique de participation.

Il est recommandé à la Ville de Nîmes de préserver, dans la suite du processus, l'équilibre entre trois types de relations : les relations identitaires (sentiment d'appartenance autour des situations-problèmes identifiées collectivement), les relations interpersonnelles (convivialité et égalité des places entre participants) et les relations fonctionnelles (complémentarité des expertises et des ressources mobilisables pour l'action).

## Ce que disent les participants

Sur les bulletins recueillis de façon anonyme à l'issue des trois matinées de travail collectif, plusieurs personnes ont indiqué vouloir participer au futur CLSM « sans condition ». Les autres attentes exprimées portent principalement sur les conditions matérielles d'organisation (calendrier, horaires, lieux de rencontre), sur le caractère concret et mesurable des actions engagées, ainsi que sur la diversité souhaitée des participants et des sujets abordés. Certaines personnes ont indiqué vouloir participer en fonction des sujets traités, en proposant d'ores et déjà des pistes telles que l'amélioration de la prise en charge, la mise en place d'un numéro vert unique d'information, le handicap invisible, la situation des « oubliés » (demandeurs d'asile, sortants de détention), l'éco-anxiété, le psychotraumatisme, l'ethnopsychiatrie, les urgences ou encore le développement de la pair-aidance. D'autres attentes portent sur la traçabilité des échanges, l'anticipation du calendrier, le format d'animation, l'efficience et l'évaluation des actions, la convivialité de l'accueil, la clarification du pouvoir réel du CLSM, ou encore la rémunération de la participation.

## La place des personnes concernées

La participation des personnes concernées et des habitants a été particulièrement forte à Nîmes : elles représentent environ 30 % des participants aux trois matinées collectives (contre 70 % de professionnels).

La légitimité des « usagers » au sein d'un CLSM procède du principe de démocratie sanitaire : ils y participent en tant que citoyens et non d'une représentativité statistique stricte. Il s'agit de créer les conditions (formation, adaptation des formats de travail) permettant une participation effective plutôt que de présupposer une incapacité liée à la vulnérabilité. La Ville de Nîmes a d'ores et déjà opté pour une conception large des publics à associer, au-delà des seules associations d'usagers type Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), UNAFAM, associations d'habitants des quartiers politiques de la ville, associations DYS, personnes cérébro-lésées, etc.

Les revendications des participants à l'enquête renvoient aux trois formes d'injustice documentées dans la littérature (crédibilité déniée, absence de ressources pour interpréter sa propre expérience et silenciation de la parole) et appellent à une animation résolument participative du futur CLSM : outiller conceptuellement les participants pour l'expression de leur expérience, valoriser les savoirs expérientiels, instaurer un processus démocratique de priorisation des travaux, et

adapter en continu les formats de discussion.

Avant d'esquisser les chantiers du futur CLSM, les auteurs proposent une lecture en termes de forces, de faiblesses et d'opportunités propre à chacune des quatre situations-problèmes, destinée à nourrir les échéances de discussion avec le futur comité de pilotage.

S'agissant des personnes concernées, la force du territoire nîmois réside dans l'existence désormais avérée d'un « réservoir » de personnes déjà engagées dans la démarche collaborative et prêtes à s'investir dans la durée, y compris certaines ayant exprimé les positions les plus critiques envers l'institution psychiatrique, ce qui constitue un garde-fou contre le risque, présent dans tout CLSM, d'une restriction de facto à un espace composé uniquement de professionnels et d'experts. A contrario, la sous-représentation persistante de certains publics (patients hospitalisés, habitants des QPV) demeure une faiblesse à corriger.

Sur le plan de la santé publique, la force tient à la solidité des travaux scientifiques disponibles sur les inégalités sociales de santé, relayés depuis une décennie par un narratif national désormais favorable à la prévention et à la promotion. La faiblesse, en miroir, est que cette entrée reste encore peu investie par la communauté soignante elle-même et par les citoyens, ce qui suppose un travail de culture partagée préalable, sous peine de rendre les systèmes de soins inintelligibles pour les usagers et épuisants pour des professionnels en surchauffe chronique.

S'agissant de l'accès aux ressources, l'opportunité réside dans une forme de saturation de l'offre déjà existante sur le territoire, dont il reste surtout à clarifier le fonctionnement et à faciliter l'accès plutôt qu'à en créer de nouvelles composantes. Un second atout tient au repérage de ressources professionnelles et communautaires déjà positionnées à l'intersection de plusieurs champs d'intervention : santé mentale et scolarité, santé mentale et précarité, santé mentale et addictions, santé mentale et périnatalité, santé mentale et emploi.

Enfin, pour les quartiers prioritaires, si l'adversité est évidemment le narcotrafic et son cortège de traumatismes collectifs, elle ne doit pas occulter l'impact des conditions de vie dégradées altérant la vie des habitants. Mais cette même adversité peut aussi devenir une opportunité de mettre en lumière tant la détresse vécue par les habitants que leurs ressources propres face à l'épreuve, à condition de s'appuyer sur les deux relais jugés indispensables : les associations locales et les centres sociaux, à même de porter une parole collective vers les instances de la ville-centre. Une relégation territoriale demeurera une faiblesse structurelle si les initiatives futures ciblent exclusivement ces quartiers sans les relier au reste de la ville.

# E. CONCLUSION :
# NE PAS CONCLURE MAIS POURSUIVRE

La santé mentale ne peut être appréhendée à partir de la seule question des soins psychiatriques. Elle est étroitement liée aux conditions sociales d'existence : logement, ressources économiques, accès aux droits, relations familiales et sociales, scolarité, emploi, participation à la vie collective et, plus largement, possibilité de trouver une place dans la cité. Une telle approche conduit à considérer la santé mentale comme un enjeu à la fois sanitaire, social et politique.

À Nîmes, l'enquête met en évidence moins une absence d'acteurs qu'une difficulté à articuler des ressources, inégalement accessibles, dans un contexte général de tension sur les moyens. Les ruptures de parcours, le cloisonnement institutionnel, la désynchronisation des temporalités du soin, du social et du médico-social, ainsi que la faible lisibilité de l'offre produisent des formes de discontinuité qui pèsent particulièrement sur les personnes les plus vulnérables. À cela s'ajoute une question de reconnaissance : les personnes concernées disposent de savoirs issus de leur expérience, mais ceux-ci restent encore insuffisamment intégrés à la définition des problèmes et à la construction des réponses.

Le futur CLSM peut précisément contribuer à relier, décloisonner et faire évoluer les pratiques et les organisations : entre les institutions et les associations, entre le sanitaire et le social, entre les professionnels et les habitants, entre les savoirs scientifiques et les savoirs expérientiels. Il peut devenir un espace où les problèmes sont définis collectivement, où les différents points de vue peuvent être confrontés et discutés, et où les réponses sont construites avec celles et ceux qui en font l'expérience.

Dans cette perspective, la participation des personnes concernées devra en être une condition centrale. Non pas comme une participation symbolique ou simplement consultative, mais comme une contribution réelle à la compréhension des problèmes, à la définition des priorités et à l'évaluation des réponses.

L'enjeu du CLSM sera dès lors de construire une capacité collective à analyser, délibérer et agir sur des problèmes qui excèdent les capacités d'intervention de chaque secteur pris isolément.



Retrouvez l'intégralité de l'enquête sur nimes.fr

Avec le c
financier de

PRÉFÈTE DU GARD
Liberté
Égalité
Fraternité

NÎMES