

*Les Cahiers de Citoyenneté Active Lorraine*

# SANTÉ MENTALE DES JEUNES ET CITOYENNETÉ

**Vendredi 26 juin 2026**

**13h45 – 17h30**

**Conseil Départemental 54**

**48, Esplanade Jacques Baudot, 54000 NANCY**

**(Entrée libre)**

**CESER**  
ALSACE  
CHAMPAGNE-ARDENNE  
LORRAINE  
**GrandEst**

**Citoyenneté  
active**  
Lorraine

DEPARTEMENT  
**MEURTHE  
MOSELLE**

**14h00 – Accueil**

**Gérard TOUSSAINT**

**Président Citoyenneté Active Lorraine  
Groupe de travail (CAL)**

**14h15 – Présentation du rapport**

**« Santé mentale des jeunes : un défi et un enjeu majeur pour  
l'avenir » (CESER Grand Est – octobre 2025)**

**Patrice FORT *Membre du bureau du CESER***

**15h00 – Forum de discussion**

**Vos contributions sont attendues**

**Quels constats ? Témoignages**

**Animation : Jean-Pierre DEBRUILLE Psychiatre en ITEP (54)**

**15h45 – Quelles réponses ?**

**Animation : Francelyne FOUNAUD Psychothérapeute (08)**

**16h15 – Jeunesses, troubles et citoyenneté**

**Animation : Hervé MARCHAL**

**Professeur de sociologie – Université de Bourgogne (21)**

**16h55 – Restitution Écouteurs :**

**Marion GARNIER – Professionnelle éducation populaire(88)**

**Jean SIMON– Gastro-entérologue**

**Jean-Claude VALENCE – Ancien formateur en travail social**

**17h15 – Conclusions provisoires**

## SOMMAIRE

Edito du Président	4
CESE-Grand-Est : référence du document	5
Arthur : témoignage	6
BENCHAAABANE Mohamed : Identité d'une certaine jeunesse. Etre ou ne pas être	7
BESOZZI et LELIMOUZIN : la santé mentale des sans-abri	9
BLIN Bruno Santé mentale des jeunes et citoyenneté	16
BOULANGER Frédéric : la pédopsychiatrie en France, où en sommes-nous ?	18
CAMSP	20
CLEMENT Jean-François : la santé mentale des jeunes	21
Communauté 360	27
DEBRUILLE Jean-Pierre neuropsychiatre	28
Eléna : Ensemble (OHS)	29
EVA : Ecole de la Vie Autonome OHS	30
Espoir 54 Témoignages	31
FOUNAUD Francelyne psychothérapeute (08)	35
François-Xavier enseignant (88)	36
HARROUARD Armelle (55)	37
HUMBERT Manon : Santé mentale : le Gouvernement accélère, droit dans le mur	38
Jonathan : témoignage	40
MARCHAL Hervé : Jeunesses, troubles et citoyennetés	42
MENSA : la surdouance, HPI, témoignages	43
MERCIER Catherine infirmière libérale	46
OREFICE Jacques gynécologue-obstétricien	47
SAUNIER Aude enseignante (88)	49
SIMON Jean gastro-entérologue	52
TSCHIRHART psychothérapeute	54
VALENCE Jean-Claude : La santé mentale des jeunes - <i>les limites du possible</i>	56
ZINTE Patricia témoignage d'une mère	61
ANNEXES	63
Mission Locale du Haut-Rhin : Diagnostic de la santé mentale des jeunes	
Maison Des Adolescents –OHS : santé mentale étudiante	
Mutualité française : face à une crise inédite, une prise de conscience et des changements nécessaires	

# **EDITO**

**Gérard TOUSSAINT**

**Président**

L'association « Citoyenneté Active Lorraine » est particulièrement attachée aux Valeurs de la République, à la laïcité et à la citoyenneté. Cette République a mal à sa jeunesse au point de se donner comme priorité nationale la prise en compte de la santé mentale de jeunes qui, dans d'autres temps, rêvaient de changer le monde.

Nos actions (interventions en milieu scolaire, associatif, lutte contre le harcèlement, les discriminations, etc.) visent à accompagner ceux qui sont en première ligne (enseignants, parents, animateurs sociaux, ...) et nous avons souvent été à même de constater les situations de mal-être, d'isolement, de conduites inadaptées et d'appel à l'aide d'une partie des jeunes rencontrés.

Nous ne sommes pas des experts, mais des bénévoles, soucieux de transmettre et d'agir utilement. Mais pour agir, faut-il encore comprendre ! Quid de la santé mentale ? De quels jeunes parle-t-on ?

Aussi, comme nous avons le souci des débats, des échanges citoyens, il nous a paru judicieux de solliciter le CESER Grand-Est qui nous présentera son important et riche rapport sur le sujet.

S'ensuivra un temps de discussion, de témoignages, de propositions d'action. Ce « cahier » participe de cette démarche et gardera trace de ce qui ne pourra, faute de temps, être exprimé lors du forum.

Nous remercions le Conseil départemental de Meurthe & Moselle pour son soutien essentiel dans la mise en œuvre de cette journée.

Le site : <http://citoyenneteactivelorraine.fr/> proposera d'ouvrir ses pages à la poursuite de ces échanges.

*Santé mentale et*  
**bien-être des enfants  
et des jeunes :  
un enjeu de société**

RAPPORTEUR  
Helno Eyriey

OCTOBRE 2025

**Pour prendre connaissance de l'ensemble du rapport :**

[https://www.lecese.fr/sites/default/files/articles/fichiers/2025\\_18\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/articles/fichiers/2025_18_sante_mentale.pdf)

**Arthur** (21 ans) créateur de sites

Je suis un polymath, asperger, Multis dys, mégalomane, TDAH, narcissique, psychopathe en col blanc.  
Menteur pathologique.

Je suis ambitieux, chutzpah.

Tenace. Curieux. Malin.

Je suis charmant, joueur, manipulateur. Je suis énergique. Je suis magnétique.

Les gens me font facilement confiance.

Je suis cultivé, Polymaths.

Je joue à un jeu infini, je grandie tous les jours.

Je ne publie rien sur les réseaux sociaux.

Je suis gourmand.

## **BENCHAABANE Mohamed**

Identité d'une certaine jeunesse. Etre ou ne pas être

La jeunesse dans les quartiers de la France actuelle reste encore problématique, elles sont nées, ils sont nés dans les années soixante, ils sont devenus des parents, plusieurs générations se sont succédées, on les appelait les beurs ou les beurettes malgré la naissance sur le sol français, privés de cette légitime reconnaissance leur territoire se cantonnait à ces quartiers dits de « la politique de la ville », dans les centres-villes ils étaient invisibles par réclusion de leurs parents et par injonction de leur famille qui leur répétaient de ne pas se faire remarquer, vivant au quotidien cette double contrainte !

L'été de l'année 1983 va être déclencheur d'un changement significatif dans les rapports avec la police, en apportant un éclairage sur la situation des jeunes dans les banlieues.

Des affrontements éclatent entre policiers et les jeunes des Minguettes à Vénissieux dans la banlieue lyonnaise, pendant ces heurts le jeune Toumi Djaidja est grièvement blessé par un policier, l'année 1983 est tragique pour cinq maghrébins tués par racisme. Le père Christian Delorme et le pasteur Jean Costil de la CIMADE organisent avec les jeunes une marche inspirée de Martin Luther King et Ghandi, c'est la marche pour l'égalité des droits et contre le racisme « la marche des beurs » qui va partir de Marseille le 15 octobre 1983 pour se terminer à Paris avec le rassemblement de plus de cent mille personnes.

Le paradoxe après trente-trois ans impose une évidence la revendication d'égalité des droits et de lutte contre le racisme est encore plus d'actualité de nos jours, des études récentes font apparaître que les jeunes des quartiers de la politique de la ville sont victimes de discrimination systémique au niveau de l'emploi et du logement social, en 2017 le programme du président de la république affichait la volonté de lutter contre ce «séparatisme». L'assignation à résidence des années soixante-dix est toujours d'actualité dans les modalités des attributions ou de demandes de mutation dans le parc HLM, les immigrés d'Afrique du Nord, d'Afrique et de Turquie voient leurs demandes s'allonger par les délais ou par des offres qui les fixent encore et encore dans les mêmes quartiers, les

familles restent assignées à résidence, à cela s'ajoute le programme d'un parti politique qui prône la préférence nationale dans l'attribution du logement social, les jeunes des quartiers outre le fait d'être assignés à résidence vivent ces discriminations au quotidien, certains jeunes diplômés avec des bacs +4 immigrent vers l'Angleterre, le Canada, voire en poursuivant des études en Australie où leurs compétences sont reconnues, pour celles et ceux dont la relégation s'est traduite par la révolte, par le repli sur soi, on peut affirmer que ces contraintes participent à des changements de comportement, ils deviennent des cibles faciles pour les idéologues intégristes qui les recrutent comme on a pu le constater pour des

jeunes recrutés en Irak et en Syrie, certains ont à peine 14 ans, ils sont formés au maniement des armes et envoyés en première ligne.

Cette assignation s'accompagne des difficultés à se former, à trouver un emploi, même un stage est un parcours laborieux quand on s'appelle Farid, Mohamed ou Omar.

Les jeunes des quartiers prioritaires cumulent des problèmes sociaux et économiques provoquant un chômage et un décrochage scolaire plus important que dans le reste du territoire, à cela s'ajoute les problèmes liés à la misère, 45% des habitants des quartiers prioritaires vivent sous le seuil de pauvreté.

Comme l'ensemble des jeunes de l'hexagone, la peur de l'avenir est présente, elle conduit aussi à des comportements d'addiction.

Les problèmes rencontrés par les jeunes sont souvent une baisse de l'estime de soi, des comportements d'opposition significatifs, le stress, le harcèlement sont évoqués par les jeunes, avec une vision d'un monde futur incertain.

En conclusion, il appartient aux pouvoirs publics d'organiser un plan avec des réponses de mise en œuvre concrète pour la formation, pour l'emploi, pour le logement et surtout pour amarrer les quartiers au reste du territoire.

L'ostracisme provoque des traumatismes qui se traduisent par des réactions violentes, par des dépressions, ces discriminations systémiques participent à une exclusion institutionnelle.

Cette jeunesse est une chance pour le pays, une prise en charge de tous les quartiers est un investissement permettant à tous les jeunes de les réconcilier avec les valeurs de la république, il ne s'agit pas de repeindre les façades et les cages d'escalier, mais un vrai plan pour cette jeunesse qui peut demain donner un sens au triptyque républicain au niveau de **l'égalité**, avec une **liberté** sur l'ensemble du territoire, en développant **la fraternité** pour toutes et tous sans distinction.

**BESOZZI Thibaut** • Docteur en sociologie (université de Bourgogne, LIR3S)  
**LELIMOUZIN Charles-Henry** • Psychologue clinicien à l'association Arelia

## La santé mentale des sans-abri au prisme des temporalités de la survie et des institutions



---

**La vie dans la rue génère des troubles de la santé mentale au même titre que les conflits ou les catastrophes naturelles. Et là aussi, la temporalité des personnes concernées n'est pas la même que celles des institutions. Le comprendre, c'est déjà se donner les moyens de combler le gouffre des attentes réciproques.**

---

En partant du regard croisé d'un sociologue et d'un psychologue impliqués dans l'action médico-sociale auprès des sans-abri à Nancy, cet article entend montrer comment l'expérience du sans-abrisme a des impacts négatifs sur la santé mentale. Cette corrélation a déjà été bien établie par la littérature scientifique<sup>1</sup> même si elle soulève toujours des controverses en France et outre-Atlantique<sup>2</sup>, notamment au regard des troubles considérés et de leurs modalités de diagnostic. Il convient évidemment de rappeler que les troubles de la santé mentale sont pluriels et gradués : ce peuvent être des troubles psychiatriques sévères, des troubles non sévères de l'humeur, ou encore des troubles de la personnalité<sup>3</sup>...

Il s'agit ici d'aborder la question par le prisme des temporalités vécues par les sans-abri, non seulement lorsqu'ils font l'épreuve de la rue, mais aussi lorsqu'ils se confrontent aux temporalités institutionnelles du parcours de soin et de réinsertion. Par conséquent, cet article pose la question suivante : dans quelle mesure les troubles de la santé mentale – notamment ceux engendrés par la temporalité vécue de la survie – peuvent-ils freiner l'adhésion au parcours de réinsertion et de soins ?

Ce que nous appelons « temporalité vécue » renvoie non seulement à la manière qu'ont les individus de se rapporter au temps quotidien et de le rythmer, mais aussi à leur manière de se référer au passé et au futur. À cet égard, les temporalités vécues sont nécessairement subjectives,

elles émanent de la perception et de l'usage individuels du temps dans un contexte de précarité extrême. Par opposition, les « temporalités institutionnelles » s'avèrent plus objectives. Elles s'imposent de l'extérieur aux individus, contribuant ainsi à structurer leur quotidien et leur avenir selon des normes et contraintes qui sont celles de l'institution, mais aussi des professionnels qui l'incarnent.

<sup>1</sup> Maryse Bresson, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 2, n° 115, 2003, p. 311-326. Jean Furtos, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, vol. 7, n° 156, 2011, p. 29-34. René Roussillon, « Se retirer pour survivre », *Rhizome*, vol. 2, n° 64, 2017, p. 13-14.

<sup>2</sup> Mario Poirier, « Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 76-91.

<sup>3</sup> Anne Laporte et Pierre Chauvin, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*, Rapport Samenta, Observatoire du Samu social de Paris, 2010.

### **Les temporalités de la survie sans-abri**

Dans le cadre de la survie dans l'espace public, les sans-abri sont contraints d'agir dans l'urgence afin de résoudre, à courte échéance, des problématiques touchant aux besoins fondamentaux (le sommeil, l'alimentation, l'hygiène, le gain d'argent ou l'entretien de liens sociaux). En plus d'être de nécessité immédiate, la réponse à ces problématiques est le plus souvent très concrète et palpable (trouver un abri, avoir à manger, accéder à une douche, etc.), quoiqu'elle demeure incertaine et, parfois, vaine.

En effet, les individus qui font l'expérience du sans-abrisme sont amenés à développer un rapport spécifique au temps, (dé)structuré autour de repères spatio-temporels façonnant leur existence en l'absence d'espace-temps domestique et professionnel qui rythmeraient les jours et leur enchaînement<sup>4</sup> : celui du sommeil dans les lieux non prévus pour l'habitation ; celui de la sociabilité entre pairs sans-domicile<sup>5</sup>, éventuellement étayée par la consommation de produits toxiques ; celui de l'acquisition de ressources minimales (manche, petits trafics, récupération...) et celui de la restauration de soi (alimentation, hygiène corporelle, sommeil...). Tous ces espace-temps occasionnent – plus ou moins, selon la situation des personnes – un « circuit d'assistance<sup>6</sup> ». C'est ainsi que des routines de survie se mettent en place pour tenter de répondre aux besoins vitaux qui se manifestent jour après jour. Cette routinisation, vectrice de « sécurité ontologique<sup>7</sup> », a été observée à Nancy dans le cadre d'une immersion ethnographique de huit mois dans le monde des sans-abri, entre septembre 2017 et avril 2018 : des groupes et individus sans-abri font état de pratiques régulières, ancrées dans l'espace et dans le temps, structurant leur expérience de la survie<sup>8</sup>.

Or, dans la mesure où la réponse aux besoins fondamentaux est toujours précaire et où les espace-temps qui offrent des ressources sont toujours concurrencés, négociés ou partagés, la survie au jour le jour engendre un niveau de stress élevé et délétère, pathogène sur le plan mental. C'est ce que laisse entendre Jeff<sup>9</sup> durant une soirée passée avec lui dans « son » parking souterrain :

<sup>4</sup> Patrick Gaboriau, *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Julliard, 1993.

<sup>5</sup> Julien Billion, « Les jeunes sans domicile et leurs pairs dans la rue », in Serge Paugam (dir.), *L'intégration inégale*, PUF, 2014, p. 227-242.

<sup>6</sup> Pascale Pichon, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2010.

<sup>7</sup> Michel Parazelli, *La Rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*, Presses de l'Université du Québec, 2002.

<sup>8</sup> Thibaut Besozzi, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, vol. 12, n° 3, 2021, p. 247-266.

<sup>9</sup> Un sans-abri de 38 ans ayant dormi pendant sept mois dans un parking souterrain. Comme pour les autres noms cités, il s'agit d'un nom d'emprunt.

« Je suis toujours sur les nerfs ! C'est hard de vivre comme ça, sérieux. Tu sais jamais ce qui va t'arriver. Déjà que j'ai toujours été hyperactif, mais là, en ce moment, laisse tomber. C'est stressant quoi ! Je vais péter un plomb si ça continue ! »

Ainsi, l'extrême précarité vécue expose aux aléas de la vie quotidienne, à la promiscuité dans les services sociaux, à l'insécurité dans l'espace public, à la dépendance envers l'assistance ou les pairs, ou encore au sentiment de ne pas maîtriser le quotidien ; autant de réalités éprouvantes sur le plan psychologique, sans parler des effets de la disqualification sociale<sup>10</sup> et de la stigmatisation sur l'estime de soi et la construction identitaire<sup>11</sup>. Tout cela favorise l'apparition de troubles anxieux tout en installant l'individu dans une temporalité immédiate et fragile, comme l'explique Fred<sup>12</sup> :

« Faut que j'arrive à trouver des thunes, là, maintenant ! Pas demain, ni la semaine prochaine... C'est comme à l'accueil de jour, l'autre coup, ils me disent de revenir dans deux jours, mais c'est tout de suite que j'ai besoin de mon linge. Ils me font stresser sérieux ! »

À cet égard, les troubles addictifs parfois observables représentent des tentatives de réponse au stress et à l'anxiété tout en conduisant, à leur tour, à l'émergence de problématiques mentales<sup>13</sup>. Enfin, la difficulté de projection dans l'avenir majore les risques dépressifs en réduisant la question du sens de la vie – au double sens de signification et de direction – à l'unique nécessité de la survie biologique, sociale et identitaire. Ce « présentisme » est très explicitement évoqué par Julien<sup>14</sup>, aux côtés de qui nous avons régulièrement fait la manche :

« Comment je me vois dans cinq ans ? Même dans un an ? T'es fou toi, j'en sais rien du tout, j'y pense pas. Je sais déjà pas comment ça va être demain, alors... la rue à la dure, on vit au jour le jour tu sais, pas le choix ! »

Au regard de ces constats, les sans-abri sont potentiellement dans un état de santé mentale dégradé lorsqu'ils se confrontent aux temporalités institutionnelles, c'est-à-dire lorsqu'ils sortent de leur condition de sans-abri pour intégrer un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et tentent de s'inscrire dans un parcours de réinsertion.

### **Les temporalités institutionnelles de l'accompagnement médico-social**

Lorsqu'ils font l'expérience des dispositifs d'hébergement et de soins, les sans-abri sont confrontés à des temporalités institutionnelles exo-déterminées (c'est-à-dire par l'environnement extérieur) qui leur imposent un effort d'adaptation à d'autres rythmes que celui du « jour le jour » de la survie. La réponse la plus palpable et rapide qu'offre le système assistanciel est l'hébergement d'urgence, puis l'hébergement d'insertion en CHRS. Si

<sup>10</sup> Serge Paugam, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1991.

<sup>11</sup> Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, 1975.

<sup>12</sup> Un sans-abri de 35 ans dormant dans un squat insalubre du centre-ville.

<sup>13</sup> Anne Laporte et Pierre Chauvin, *La santé mentale...*, *op. cit.*

<sup>14</sup> Un sans-abri de 38 ans dormant dans les parkings souterrains de la ville.

l'hébergement d'urgence impose un « temporaire qui se répète », l'hébergement d'insertion entraîne, quant à lui, un « provisoire qui dure<sup>15</sup> ». Dans l'exemple des CHRS, cette solution provisoire au besoin d'hébergement (périodes de six mois renouvelables) doit coexister avec un projet de réinsertion sociale qui, lui, s'inscrit dans une temporalité plus dilatée et impose des capacités de projection dans l'avenir. L'accompagnement des personnes hébergées s'articule autour de plusieurs dimensions en fonction de chaque situation et concerne la mise à jour des droits, l'accès aux soins, l'accès au logement ou à une activité professionnelle, ainsi que le développement des compétences psychosociales ou des liens familiaux. En d'autres termes, la personne est accompagnée vers l'acquisition d'« objets sociaux<sup>16</sup> », c'est-à-dire vers un niveau de précarité plus tolérable et propice à la qualité de sa santé mentale. Ce processus est, par essence, plus long que la réponse aux besoins immédiats de la survie, il apparaît de surcroît moins concret, voire inaccessible, et source de stress pour la personne accompagnée qui, en réaction, peut se désengager, c'est-à-dire mettre en place une stratégie d'adaptation de type évitement ou fuite<sup>17</sup>.

Ainsi, en contexte institutionnel, le temps perçu n'est plus celui de l'action au résultat rapidement évaluable, mais se trouve rythmé par les différents rendez-vous ou par les délais de traitement administratif. Ces échéances totalement subies intègrent des temps de latence, le plus souvent investis négativement par les personnes accompagnées. Ces périodes de « vide » exacerbent le niveau de stress perçu et favorisent l'émergence d'un sentiment d'impuissance et d'incompréhension. Dans le quotidien des CHRS, nous retrouvons ces confrontations de temporalités qui sont source de malentendus entre accompagné et accompagnant. Le travailleur social ou le psychologue peut par exemple se percevoir, depuis son référentiel, dans une temporalité accélérée en proposant des rencontres hebdomadaires, alors que ce même rythme est vécu comme long et preuve de désintérêt à son égard par la personne accompagnée. Les temps d'attente entre les entretiens deviennent propices aux ruminations mentales. La stratégie d'ajustement peut donc être un désinvestissement de l'accompagnement qui s'exprime par des comportements de rejet, des rendez-vous non honorés, voire un départ volontaire des centres d'hébergement.

Ces difficultés peuvent également être liées à la mémoire prospective et aux processus cognitifs de planification (fonctions exécutives) dont les conséquences peuvent être lourdes<sup>18</sup>. Le respect des temporalités institutionnelles, comme le fait d'effectuer des démarches dans le temps demandé, est perçu comme le critère d'appréciation de l'investissement. Il peut en résulter la fin de prise en charge alors même qu'un processus, non visible directement, de changement et d'adaptation des fonctions cognitives est potentiellement en cours. Par conséquent, il en résulte le risque que l'équipe médico-sociale

---

<sup>15</sup> Édouard Gardella, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, vol. 7, n° 3, 2016, p. 243-260.

<sup>16</sup> Jean Furtos, « La précarité... », art. cit.

<sup>17</sup> Gérald Delelis, Véronique Christophe, Sophie Berjot *et al.*, « Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? », *Bulletin de psychologie*, Tome 64 (5), n° 515, 2011, p. 471-479.

<sup>18</sup> Gaëtan Chevreau, Marie-Carmen Castillo et Claire Vallat-Azouvi, « Une personne SDF sur 10 souffre de troubles cognitifs : que sait-on de ces troubles ? Une revue de littérature sur la cognition des personnes SDF », *L'encéphale*, vol. 45, n° 5, 2019, p. 424-432.

et la personne accompagnée construisent des représentations réciproques négatives et des comportements de rejet mutuel.

Un autre temps fort est l'accès aux soins, notamment psychiatriques. Le délai de prise en charge proposé par les psychiatres en cabinet libéral ou en Centre médico-psychologique est souvent de plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Cette inertie temporelle peut également être vécue comme un manque d'intérêt au moment même où le besoin de soutien est à son apogée. La résultante est, là encore, le risque de désengagement de la personne vis-à-vis des soins. La prise en charge psychique en devient complexe. Les soignants, très occupés, ne peuvent se permettre de bloquer des créneaux non honorés, et le risque de mise au ban du soin s'accroît. Nous constatons alors même que la santé des populations précaires présente une concentration de problèmes habituellement plus diluée dans la population générale<sup>19</sup>.

La pratique clinique par le psychologue au sein d'un CHRS se retrouve également affectée. Les demandes de rendez-vous pour aborder des difficultés vécues « ici et maintenant » se font, en effet, dans l'urgence. Un entretien proposé trop à distance de la demande aura un risque élevé de ne pas être honoré, ou bien la demande sera caduque lors de la rencontre. L'adaptation de la fréquence du suivi psychologique peut également permettre de jouer le rôle de variable d'ajustement en s'intensifiant lors des périodes d'attente. Le rôle du soutien psychologique est alors de faciliter, de catalyser les différents accompagnements en s'adaptant et en mettant du sens sur les temporalités et rythmes subis par la personne accompagnée et les équipes accompagnatrices.

L'intrication psychique et temporelle que forge l'expérience du sans-abrisme peut donc conduire à la non-adhésion au parcours de réinsertion et/ou aux soins. À l'évidence, la prise de conscience des temporalités particulières qu'impose le contexte de la survie nous invite à adapter les politiques d'accès à l'hébergement et au logement, ainsi que les pratiques d'accompagnement médico-social en institution. À cet égard, la politique du Logement d'abord <sup>20</sup> entend justement contourner la succession d'étapes transitoires menant, éventuellement, à l'accès au logement. En outre, cette compréhension des temporalités vécues et de leurs effets sur la santé mentale peut conduire les intervenants médico-sociaux à ajuster leurs pratiques aux rythmes singuliers des personnes accompagnées, entre immédiateté de la réponse et (re)construction du rapport à l'avenir.

---

<sup>19</sup> Emilio La Rosa, *Santé, précarité et exclusion*, PUF, 1998.

<sup>20</sup> Nicolas Chambon (dir.), Pascale Estecahandy, Élodie Gilliot *et al.*, *La politique du Logement d'abord en pratique*, Presses de Rhizome, 2022.

## Biographies

**Thibaut Besozzi** • Après avoir obtenu un master de sociologie à l'université de Lorraine, Thibaut Besozzi a soutenu un doctorat de sociologie en 2015, à l'université de Caen-Normandie. Depuis 2016, il mène des recherches-actions sur le sans-abrisme et l'urgence sociale à Nancy, en partenariat avec les acteurs institutionnels du secteur Accueil-Hébergement-Insertion (AHI) : État, collectivités locales et associations. En 2021-2022, il est parallèlement lauréat d'une bourse de recherche pour la Fondation Croix-Rouge française. Fondés sur une approche ethnographique soucieuse de rendre compte de l'expérience et du point de vue des acteurs concernés, les travaux de Thibaut ont été suivis d'actions opérationnelles et ont donné lieu à la publication de rapports, d'articles scientifiques et d'un ouvrage. Ses recherches se situent au carrefour de la sociologie urbaine, du travail social et de la sociologie de la marginalité, dans l'optique d'améliorer l'action publique à destination des personnes sans domicile.  
thibaut.besozzi@u-bourgogne.fr

**Charles-Henry Lelimouzin** • Diplômé en psychologie clinique et psychopathologie par l'université de Lorraine en 2012, Charles-Henry Lelimouzin exerce aujourd'hui dans des services sociaux et médico-sociaux. Sa pratique clinique lui a permis de se spécialiser sur la question de la précarité et de ses différentes origines (marginalité, parcours judiciaire, handicap, addictologie, petite enfance et grand âge). Il anime également des groupes d'analyse des pratiques professionnelles dans ces domaines. Charles-Henry a coécrit, en 2018, une publication portant sur la pluralité des approches psychologiques dans deux établissements médico-sociaux de même nature.  
charles-henry.lelimouzin@arelia-asso.fr

*Reproduction interdite sans l'accord de la revue Alternatives Humanitaires. Pour citer cet article :*

Thibault Besozzi et Charles-Henry Lelimouzin, « La santé mentale des sans-abri au prisme des temporalités de la survie et des institutions », *Alternatives Humanitaires*, n° 22, mars 2023, p. 74-83,  
<https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2023/03/20/la-sante-mentale-des-sans-abri-au-prisme-des-temporalites-de-la-survie-et-des-institutions/>

**BLIN Bruno**

### **Santé mentale des jeunes et citoyenneté**

*Ou comment l'éducation populaire peut aider des jeunes à se trouver ... ou à ne pas se perdre*

L'éducation populaire semble de plus en plus éloignée des préoccupations actuelles d'une grande partie de la jeunesse, attirée par la floraison de propositions faciles et immédiates offertes par les progrès techniques (téléphonie, réseaux, décuplés par l'IA). Sur une planète de plus en plus petite et à l'avenir de plus en plus incertain (dérèglement du climat mondial), ce rythme accéléré peut littéralement « déboussoler » des jeunes sans points de repères, et mettre à mal leur santé mentale.

Un simple exemple : il est aujourd'hui facile de commander aujourd'hui à une IA la rédaction d'un CV et d'une lettre de motivation. Le produit fini est achevé en quelques minutes, prêt à être envoyé de suite sous forme dématérialisée par l'un des nombreux moyens de comm existants (mail, Whats'app, Insta, ...). Mais que deviennent l'apprentissage du « savoir faire » et du « savoir être », nécessaires pour se présenter dans deux documents résumés, destinés à rechercher un stage, une formation ou un emploi ?

Les acteurs de l'éducation populaire peuvent encore répondre à des besoins exprimés ou non par une partie de la jeunesse, en leur servant de « repère », de point de stabilité / de fiabilité dans un environnement particulièrement insécurisant.

Pour arriver à cela, un préalable indispensable ! être crédible et exemplaire.

La posture de l'acteur d'éduc pop est ici fondamentale face à un public « volatile » vivant dans un monde changeant. Il est nécessaire de réussir à tisser une relation de confiance mutuelle et de respect au quotidien. Ne surtout pas adopter la posture d'un daron/d'une daronne.

Pour un jeune (et aussi pour certains « moins jeunes »...), le ressenti est plus important que la réalité, la passion dépasse la raison.

L'exemplarité : condition phare pour maintenir la confiance et le respect.

Exemplarité dans ce qu'il est, de ce qu'il vit, dans ce qu'il dit : inutile de donner des conseils qu'on ne s'applique pas d'abord à soi-même.

L'argument « *tu me dois le respect, je suis le plus âgé* » est mort. Même si les stades de croissance physique, biologique et – dans une certaine mesure – psychologique de l'enfant vers l'état d'adulte restent les mêmes au fil des siècles, la transformation du « monde » s'est accélérée. La « génération Z » n'a plus grand-chose à voir avec celles des années 50, 60, 70, voire 80. Une bascule s'est progressivement opérée vers le milieu des années 90, avant même l'arrivée d'internet et des téléphones portables qui ont accéléré le mouvement.

Mais pour demeurer exemplaires, des règles doivent s'appliquer à tous, sans préférences liées à un statut, un âge, un rôle ou une fonction. Toute faille sera remarquée, scrutée, la crédibilité et l'exemplarité ultérieure de l'adulte en dépendront. Seule la compétence reconnue et l'autorité (au sens de maîtrise avérée de ce que l'on sait faire) seront reconnus et acceptés.

Lorsque ces conditions préalables sont remplies et qu'une relation existe entre des jeunes et un acteur de l'éduc pop, ce dernier peut alors être un « repère » et avoir un rôle de « transmetteur ». Pour cela, quelques clés :

Connaitre son périmètre de compétences et d'intervention, connaître ses limites et savoir les exprimer. Un « animateur » de structure d'éduc pop n'est pas un « éducateur », ni un « professeur », ni un « parent », et réciproquement.

Etre « proche », ouvert, tout en entretenant une légère distance : l'intervenant n'est ni un daron, ni un copain.

Savoir créer une « animation », au sens de « mettre de la vie » dans cette activité. Le chemin parcouru est plus important que le résultat. L'activité sert de prétexte. La relation tissée, et ce qu'on y met, sont plus importants que l'activité elle-même. Si quelqu'un a compris ce qu'il peut faire et « comment » le faire, c'est le plus important, car il marche vers sa liberté.

Savoir s'adapter à son public, là où il en est, avec le souhait de « l'élever », au sens de le faire aller plus haut, plus loin, de le rendre plus autonome, plus responsable, plus participatif. Pas de dogmes. De la patience, de la compréhension, de l'humanité et de la pratique par l'exemple.

Ne pas juger, ne pas s'opposer aux « erreurs » de parcours. Tant qu'elles ne sont pas dangereuses pour la vie (conduites à risques, déchéance vitale), elles font partie du processus d'apprentissage. Laisser la compréhension se faire, en étant « présent » si besoin, mais ne pas chercher à accélérer la maturation de quelqu'un.

Etre ambitieux dans ses objectifs, mais savoir rester modeste dans ses résultats, accepter l'échec, ainsi que l'importance du temps nécessaire à la transformation d'un être humain : on peut forcer quelqu'un à obéir, mais on ne peut pas l'obliger à comprendre. Ce qui a été un échec au départ peut devenir une réussite des années plus tard. L'acteur de l'éduc pop sème des graines mais ne doit pas attendre une récolte immédiate.

Muni de ces quelques clés, il est encore possible à un acteur de l'éduc pop de montrer que celle-ci n'est pas encore morte ou dépassée – face aux sirènes hurlantes de l'immédiateté, du toujours plus « hype » ou du plus « bankable » – en guidant des jeunes vers leur propre épanouissement, vers plus d'autonomie et de responsabilité.

**BOULANGER Frédéric** Psychiatre

La pédopsychiatrie en France, où en sommes-nous ?

On sait que depuis plusieurs années la demande de soin en psychiatrie (adultes, enfants et adolescents) est en augmentation constante avec 12 millions de français qui auront, au moins une fois au cours de leur vie, besoin de soins. Concernant la pédopsychiatrie et plus spécifiquement la situation des adolescents, on remarque une explosion des problématiques suicidaires. La situation est toutefois paradoxale. Il y a environ 400 adolescents décédés par suicide par an, mais ce chiffre est en baisse constante. En revanche, un lycéen sur dix a déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie. Le nombre de tentatives de suicide chez les 11-17 ans a augmenté de 30% de 2019 à 2021. La hausse concerne surtout les jeunes filles avec une hausse des hospitalisations en psychiatrie chez les 10-14 ans de 246% en 2021-2022 par rapport à la période 2010 – 2019 et de 163% chez les 15-19 ans. A ce jour, aucune étude ne permet d'identifier les causes de cette augmentation. Mais on sait que c'est l'enjeu majeur de la pédopsychiatrie à ce jour.

Pour être clair il est important de connaître les différentes terminologies :

Le suicidé : c'est celui qui est décédé par suicide.

Le suicidant : c'est celui qui a fait une tentative de suicide.

Le suicidaire : c'est celui qui présente des idées suicidaires.

Le processus suicidaire est aujourd'hui bien décrit par les experts du Groupe d'Etude et de Prévention du Suicide. Tout le monde est confronté à des problématiques au cours de sa vie, famille, amour, finance, travail, isolement etc. La plupart d'entre nous sommes capables de penser des solutions plus ou moins efficaces pour y faire face. Au début du processus suicidaire, l'individu suicidaire a déjà essayé plusieurs solutions qui ont échouées, il a encore des voies à essayer mais il imagine déjà le suicide comme une hypothèse dans le cas où tout aurait échoué. Il continue d'essayer de trouver des solutions mais l'hypothèse du suicide, sans qu'un scénario ne soit encore envisagé, peut prendre de plus en plus de place dans son arbre de solutions. Au fil du temps, les solutions échouent et les problématiques s'accumulent. Les idées suicidaires se précisent et un scénario se construit. Ce processus évolue ainsi sous la forme d'un entonnoir au bout duquel le suicidaire arrive « en crise ». C'est à dire qu'il ne voit plus que le suicide comme unique issue.

Les individus sont plus ou moins à risque suicidaire et des facteurs de risques ont été identifiés tels que l'impulsivité, la consommation d'alcool, certaines pathologies psychiatriques telles que la dépression ou la schizophrénie, l'existence d'un antécédent de tentative de suicide dans l'année précédente etc (liste non exhaustive). On identifie également des facteurs de dangerosité qui vont rendre l'éventuelle tentative de suicide plus grave si elle avait lieu, par exemple la possession d'une arme à feu, ou encore une réserve de médicaments à la maison. Le caractère urgent est évalué en fonction d'où en est le suicidaire dans son processus : existe-t-il des solutions ? Existe-t-il un scénario ? Il faut noter que lorsque la personne est en crise, elle perd en capacités cognitives et n'est plus capable de trouver seule des solutions. Afin de pouvoir évaluer le risque suicidaire chez un proche, les établissements scolaires ou les entreprises peuvent former des sentinelles parmi leur personnel. Il s'agit de personnes, non soignantes, formées par le GEPS et capables d'identifier et d'évaluer le risque suicidaire.

Un problème : le peur des suicidaires.

Les suicidaires suscitent la peur dans leur entourage. C'est logique, l'entourage d'un suicidaire n'est pas formé à la compréhension des mécanismes du processus suicidaire. Ainsi, les proches ont peur que le suicidaire ne décède à côté d'eux, s'empressent d'appeler les pompiers, les urgences et font logiquement le choix de l'enfermement et de la surveillance. C'est ce qui peut expliquer le nombre important d'hospitalisations et de passages aux urgences. Chez les adolescents, nous sommes confrontés à un nombre important d'adolescents exclus de leur établissement scolaire à cause de problématiques suicidaires. Les professionnels de l'éducation nationale ne sont pas formés et prêts à accueillir des jeunes qui pourraient se faire une tentative de suicide dans l'établissement. Il en est parfois de même pour ceux accueillis dans les foyers ou les familles d'accueil de l'aide sociale à l'enfance. Pourtant on sait maintenant qu'il nous faut faire l'inverse. C'est avant tout la reprise rapide des contacts sociaux qui permet de sortir de la crise. Celle-ci peut se faire dans le cadre de l'hospitalisation de courte durée, rythmée par des entretiens avec les proches.

Où sont les espaces de parole ?

La pédopsychiatrie souffre d'un manque de pédopsychiatres et parfois encore de structures d'hospitalisations complètes ou de jour ou encore de structures de consultations (Centre Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents) qui ferment leur portes faute de professionnels. La psychiatrie est globalement boudée dans les choix de l'internat de médecine et plus encore la pédopsychiatrie. Ces dynamiques vont à contresens des besoins de la population.

Pour un adolescent en souffrance, le plus important est l'ouverture d'un espace de parole. En effet, la souffrance psychique s'exprime toujours. Si elle n'est pas verbalisée, elle peut s'exprimer par des douleurs chroniques inexplicables par le somatique, des automutilations (scarifications) et plus dramatique, des tentatives de suicide. Il est donc primordial d'ouvrir un espace de parole pour l'adolescent en souffrance. L'interlocuteur est un professionnel de santé (pédopsychiatre, psychologue, infirmier) qui pourra, au fil des échanges, évaluer le risque suicidaire. L'espace de parole est incompressible et indispensable. Il doit être ouvert le plus tôt possible. La personne suicidaire peut appeler le 3114 à toute heure en cas de nécessité.

Qu'en est-il de la prescription médicamenteuse ?

La prescription d'un psychotrope ne doit pas être un substitut à l'espace de parole et toute prescription doit obligatoirement être accompagnée d'un suivi régulier. Quelle tristesse de voir nombre d'adolescents sous anxiolytiques et antidépresseurs mais sans suivi. De plus, certains médicaments devraient être contre indiqués chez les jeunes patients. Le cerveau d'un adolescent est en mouvement, il réalise ce que l'on appelle un « épissage neuronal ». C'est à dire qu'il détruit des connections et en construit d'autres en fonction de ce qu'il apprend ou de ce à quoi il est exposé. Ainsi, un cerveau encore immature qui est confronté à des substances addictives présentera un risque addictif bien plus important qu'un cerveau adulte. C'est pourquoi des médicaments anxiolytiques addictifs tels que les benzodiazépines, ne devraient pas être prescrits.

Que faire ?

Ce qu'il faut retenir :

Il ne faut pas isoler les suicidaires et au contraire rompre l'isolement.

Il faut ouvrir un espace de parole.

Les établissements, les entreprises ou tout employeur peut former du personnel pour repérer et évaluer un risque suicidaire.

La prescription n'est pas essentielle et nécessite obligatoirement un suivi.

La personne suicidaire peut appeler le 3114 à tout moment.

## **CAMSP**

« 10 ans après que sont-ils devenus »

En 2016, une équipe de CAMSP de Nancy et des familles ont réalisé un film dont le titre est « 10 ans après que sont-ils devenus ? ».

Ce dernier raconte l'arrivée d'un enfant à particularité dans une famille. Qu'importe la nature de cette singularité, elle vient dans tous les cas percuter bien des certitudes et affirmer des affections réelles. Rencontrées et accompagnées depuis la naissance de leur enfant par ces professionnels qu'elles retrouvent 10 ans après, ce film remarquable raconte le parcours de l'enfant, des parents, de la fratrie et de la relation entre professionnels et famille. Il atteste également d'une volonté partagée entre famille et professionnels d'intégrer cette différence dans tous les univers sociaux.

Pour voir ce film, il faut se rapprocher de la direction du CAMSP rue Isabey à Nancy.

**CLEMENT Jean-François**

## **I Avant-propos**

De nombreuses personnes en contact avec les jeunes ont lancé récemment des alertes concernant la détérioration de la santé mentale de ces personnes. Mais existe-t-il vraiment un problème de santé mentale des jeunes ? Il convient, pour commencer de s'interroger sur les faits, en France et en Europe, mais les États-Unis seraient une autre possibilité de comparaison puisque des jeunes y commettent régulièrement des assassinats collectifs. Si on refuse de mélanger des faits très différents comme un malaise passager et des maladies mentales durables, si on dispose de statistiques objectives et non d'impressions subjectives (« as-tu eu un coup de blues au cours des six derniers mois ? » sans qu'on sache ce que signifie « blues » pour chacun, on peut établir des faits portant sur plusieurs centaines de milliers de personnes et non sur quelques cas particuliers. On pourra ensuite chercher les causes repérables de cette situation, ses éventuelles racines historiques, les effets analysables, la possible singularité française et les pistes de remédiation face à ce que l'on appelle désormais, peut-être à tort, « l'urgence silencieuse ».

Cette analyse est d'autant plus importante que ce qui a rendu possible la première Guerre mondiale fut, en France, l'augmentation continue des taux de suicide étudiée par Durkheim, le développement de l'alcoolisme et la prévalence des maladies mentales. Il est très important d'examiner aujourd'hui les corrélations entre ces faits (diverses drogues s'étant substituées à l'alcool) et de se demander si aujourd'hui des faits analogues existent pouvant faire craindre des guerres avec des millions de morts ayant aussi le sens de suicides collectifs. Ou va-t-on vers d'éventuelles guerres très différentes de celles du XXe siècle justement parce que la santé mentale des jeunes n'est pas ce que l'on craint souvent qu'elle soit ?

## **II. Mutations et état des lieux de la santé mentale des jeunes**

### **Introduction**

Si le XXe siècle a été celui de la survie physique et de la conquête des droits sociaux, le XXIe siècle s'annoncerait, selon certains, comme étant celui de la vulnérabilité psychique. Longtemps reléguée aux marges de la médecine, la santé mentale des jeunes est devenue une priorité de santé publique absolue. Entre l'insouciance des « Trente Glorieuses » et l'« éco-anxiété » des années 2020, le paysage mental de la jeunesse a muté. En France, pays de la psychanalyse et de la consommation record de psychotropes, le défi est de taille. Mais il faut commencer par mesurer l'évolution de ce mal-être, la position singulière de la France sur l'échiquier mondial, et les leviers — technologiques, chimiques et législatifs — activés pour endiguer la crise.

### **Perspective historique récente : du silence à l'explosion des pathologies**

#### ***Le siècle de l'invisible (1900-1990)***

Au siècle dernier, la santé mentale des jeunes était largement ignorée ou traitée sous l'angle de la « déviance » ou de la « crise d'adolescence » passagère. Dans une société encore largement patriarcale et industrielle, l'enfant devait être productif ou obéissant. La souffrance psychique de l'enfant était un tabou, souvent étouffée par une pudeur familiale stricte et la complicité des autres adultes. Les

structures de soin étaient principalement asilaires pour les cas graves, et quasi inexistantes pour les troubles légers à modérés comme l'anxiété ou la dépression.

### ***Le basculement du millénaire***

À partir des années 2000, la parole se libère et les chiffres s'accroissent après 2020.

Selon l'enquête CoviPrev de Santé publique France (2022–2023), chez les 18-24 ans, près de 30 % déclarent des symptômes dépressifs modérés à sévères, et plus de 35 % présentent des symptômes d'anxiété. Ces taux sont deux à trois fois supérieurs à ceux mesurés avant la pandémie.

Une étude nationale de grande ampleur, menée à partir des données du SNDS (Système national des données de santé) et analysée par le CEReSS, confirme une augmentation progressive du recours aux soins psychiatriques et de la prescription de psychotropes chez les jeunes de moins de 25 ans notamment chez les jeunes filles.

Il est important de noter que cette augmentation ne peut être attribuée à une amélioration de l'offre de soins, qui au contraire se dégrade. L'hypothèse la plus probable est donc une hausse réelle de la prévalence des troubles psychiques dans cette classe d'âge.

La moitié des troubles psychiatriques débutent avant l'âge de 15 ans, et un quart entre 15 et 25 ans. C'est donc une période clé pour la prévention et l'intervention précoce.

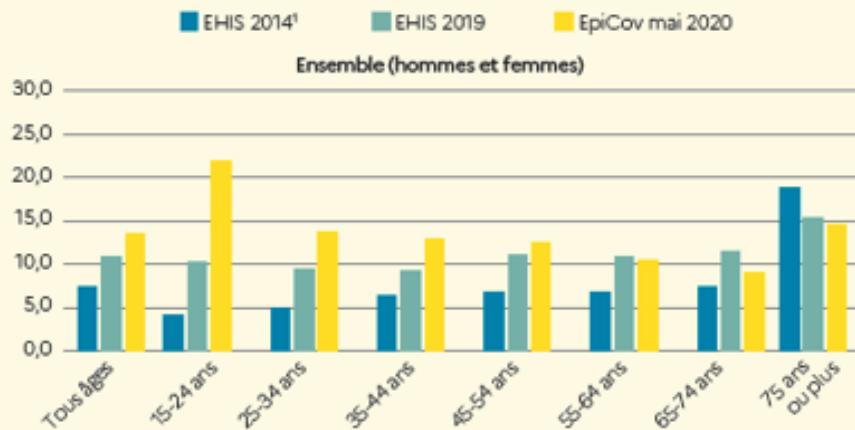
Les troubles les plus fréquents à ces âges sont :

- Les troubles anxieux ;
- Les dépressions ;
- Les troubles du comportement alimentaire ;
- Les addictions ;
- Les troubles du spectre de l'autisme et le TDAH, qui sont souvent non diagnostiqués, sous-diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement.

Les signaux d'alerte auxquels doivent être attentifs les familles, les enseignants et les professionnels de première ligne sont :

- Isolement ;
- Perte d'intérêt ;
- Troubles du sommeil ;
- Repli sur soi ;
- Changement brutal de comportement ;
- Idées noires, scarifications ;
- Et bien sûr, le décrochage scolaire, qui constitue un indicateur majeur de souffrance psychique.

## Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et mai 2020, par classe d'âge et par sexe



1. Par l'algorithme du PHQ-8 (encadré 1).

**Lecture** • En mai 2020, période couverte par l'enquête EpiCov, 25,6 % des femmes âgées de 15 à 24 ans présentent un syndrome dépressif.

**Champ** • Personnes âgées de 15 ans ou plus, résidant en France métropolitaine (uniquement pour EHIS 2014) et Martinique, Guadeloupe et La Réunion (EHIS 2019 et EpiCov), hors Ehpad, maisons de retraite et prisons.

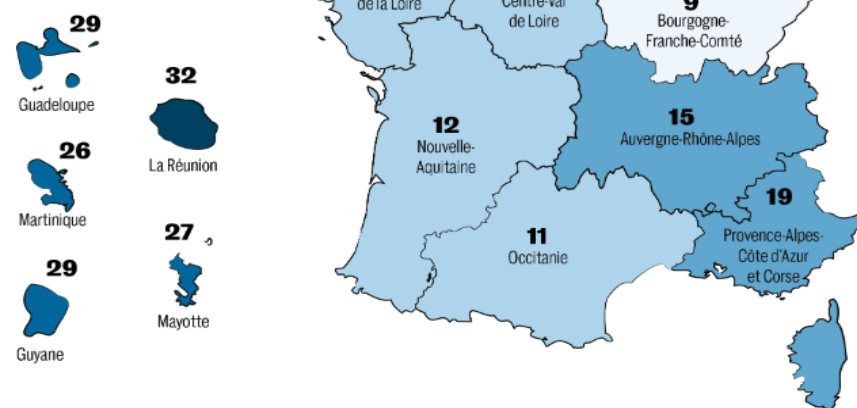
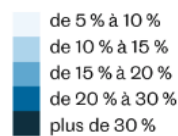
**Sources** • Enquêtes EHIS 2014 et 2019 ; enquête EpiCov (Inserm-DREES), vague 1, mai 2020, répondants du questionnaire long.

## Un fort écart de santé mentale entre les Outre-mer et l'Hexagone

En %, chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans

Comment évalueriez-vous votre santé mentale actuellement ?

Total des réponses « assez mauvaise » et « très mauvaise »  
En %



Infographie : Le Monde

Sources : Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux outre-mer, Mutualité française, Institut Montaigne, Institut Terram - mai 2025

Plusieurs facteurs expliquent ce virage et les angoisses constatées chez certains (ce qui n'est en rien lié à l'âge) :

**La performance permanente :** Le passage d'une société de discipline (Foucault) à une société de performance (Han). Le jeune ne doit plus seulement obéir, il doit « s'accomplir », être le meilleur, ce qui génère une fatigue d'être soi.

**La fin des grands récits :** Contrairement aux générations précédentes portées par l'espoir du progrès, la jeunesse actuelle évolue dans un monde perçu comme fini (limites planétaires) et instable (terrorisme, pandémies).

**S'ajoutent à cela deux autres causes :** il y eut récemment la crise du Covid suivie par une importante augmentation des suicides, en particulier chez les jeunes filles, mais on reste loin des chiffres de la fin du XIXe siècle. ? Cela est conjoncturel. Plus durable peut être l'éco-anxiété avec des transformations du climat. De plus, les élèves savent que du terrorisme peut faire irruption à tout moment dans les écoles et que le populisme a permis à des personnes sans culture d'accéder à des postes de décision, ce qui rend à nouveau, au-delà de la prudence de mise durant la guerre froide l'apparition de guerres chaudes à tout moment.

### **III. La France : un modèle en transition entre l'Europe et le monde**

#### *L'exception culturelle française*

La France occupe une place paradoxale. Elle possède l'un des systèmes de santé les plus protecteurs au monde, mais elle accuse un retard structurel dans la prise en charge psychiatrique des mineurs (ainsi que du reste de la population). Historiquement dominée par la psychanalyse, les psychologies humanistes apparues à la fin du XIXe siècle, et la diffusion de la pharmacie pour les troubles mentaux au-début des années 1950, la France a mis plus de temps que ses voisins anglo-saxons ou nordiques à intégrer les thérapies cognitives et comportementales (TCC), souvent plus efficaces pour les troubles anxieux contemporains.

#### *Comparaisons internationales*

**En Europe :** Les pays nordiques (Finlande, Danemark) affichent des taux de bien-être plus élevés grâce à des systèmes éducatifs moins compétitifs et une détection précoce dans les écoles. À l'inverse, la France, avec son système de notation rigide, favorise un stress scolaire chronique.

**Dans le monde :** La France reste l'un des plus gros consommateurs de benzodiazépines et d'antidépresseurs. Là où les États-Unis ont massivement médicalisé le TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité), la France a longtemps privilégié l'approche éducative, avant de voir ses propres chiffres de prescriptions s'envoler ces dix dernières années.

## **D'autres causes et leurs effets : une jeunesse sous forte pression**

### *Les déterminants de la souffrance*

La dégradation de la santé mentale n'est pas une fatalité biologique, mais le résultat d'un cocktail de facteurs :

**L'insécurité environnementale** : L'éco-anxiété n'est plus un concept de niche. Pour beaucoup de jeunes, l'avenir n'est plus une promesse mais une menace, celle d'un monde devenu inhabitable par l'homme.

**La solitude numérique** : Paradoxalement, la génération la plus « connectée » est celle qui déclare le plus fort sentiment de solitude.

### *Les conséquences sociétales*

Les effets sont dévastateurs : multiplication des tentatives de suicide en particulier chez les filles (deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans en France), phobie scolaire galopante et phénomène de « retrait social » (inspiré du syndrome *Hikikomori* japonais). L'impact économique est également majeur, avec une perte de productivité et des coûts de soins qui pèseront sur les décennies à venir.

## **IV. Les solutions majoritairement adoptées : entre pharmacologie, thérapie et régulation**

### *La solution psychologique : une manière de se débarrasser du problème en accusant les jeunes*

La France a récemment lancé des dispositifs comme « MonParcoursPsy », permettant le remboursement de séances chez le psychologue. Bien que critiqué pour son tarif jugé trop bas par les professionnels, c'est un aveu politique : la santé mentale est un droit, pas un luxe. L'accent est désormais mis sur la **prévention** et le déploiement de « secouristes en santé mentale » dans les universités.

### *Le défi pharmaceutique : agir sur les effets et non sur les causes*

La pharmacologie a sauvé des vies, mais son usage chez les jeunes interroge. La recherche s'oriente aujourd'hui vers des molécules à action rapide pour les crises suicidaires, mais la tendance globale est à la désescalade médicamenteuse au profit d'approches pluridisciplinaires (sport, nutrition, méditation de pleine conscience, danse).

### *La régulation des réseaux sociaux : un nouveau front ou une nouvelle fuite des adultes*

C'est sans doute le levier le plus complexe. La corrélation entre temps d'écran et dépression est désormais documentée.

**L'algorithme de la comparaison :** Instagram et TikTok favorisent une comparaison sociale ascendante permanente.

**Mesures de régulation :** La France et l'Europe (via le DSA - Digital Services Act) tentent d'imposer des « garde-fous » : interdiction des algorithmes addictifs pour les mineurs, vérification de l'âge et « droit à la déconnexion » scolaire. L'idée d'une « majorité numérique » à 15 ans fait son chemin pour protéger le cerveau adolescent encore en pleine plasticité et incapable d'absorber trop d'informations destinées à le contrôler.

## CONCLUSION

La santé mentale des jeunes est un des miroirs de notre société. L'évolution depuis le siècle dernier montre un passage de l'ombre à la lumière : on ne se cache plus pour souffrir, mais les structures de soin peineraient à absorber le flux. La France, forte de son héritage humaniste, doit transformer son système pour passer d'une médecine de la « cure » (soigner une fois malade) à une médecine du « care » (prévenir et accompagner).

On peut vouloir croire que la solution ne sera ni purement chimique, ni purement législative. Elle réside dans un nouvel équilibre entre le progrès technologique (les réseaux sociaux sur Internet créant une épidémie de solitude) et nos besoins biologiques fondamentaux de lien réel, de sommeil et de sens. Si le XXe siècle a guéri le corps, le XXIe devra apprendre à apaiser l'esprit de ceux qui hériteront du monde.

On remarque cependant que les taux de suicide sont actuellement assez faibles si on les compare à ceux qui ont existé en France à la fin du XIXe siècle même si l'addiction aux drogues a remplacé celle qui liait les hommes au seul alcool. La dramatisation de la question de la santé mentale est aussi un moyen pour les journaux d'avoir plus de lecteurs et pour les professionnels d'obtenir plus de moyens dans le cadre d'une psychiatrie peu à peu délabrée, aujourd'hui en pleine crise et qui ne pourrait absolument pas prendre en charge les enfants si cela était nécessaire.

On ne peut donc que rester prudent face à de tels sujets qu'il faut étudier sur un siècle et demi, voire plus, et non sur quelques années seulement en prenant en compte la comparaison entre les jeunes et les personnes les plus âgées, la répartition de ce phénomène sur le territoire national (où son incidence est faible si on la compare aux territoires d'outre-mer). Et il ne faut surtout pas que la focalisation sur des individus empêche de percevoir les différences entre les classes sociales, le regard devenant alors essentiellement politique. Il existe de nombreuses questions qui peuvent être de l'ordre du divertissement puisqu'elles empêchent de prendre en compte les questions essentielles. Dans les sciences humaines, il n'existe pas de faits qui s'imposent puisque les faits y sont toujours faits et construits à partir de multiples présupposés.

### *Sources de réflexion*

*Rapports de l'OMS sur la santé mentale des adolescents (2024-2025).*

*Travaux de la Cour des Comptes sur la pédopsychiatrie en France.*

*Études de l'INSERM sur l'impact des neurosciences dans l'éducation.*

## **Communauté 360**

### *Situation*

Une conseillère de la Mission Locale accompagne un jeune de 19 ans présentant des troubles psychiques importants. Le jeune souhaite s'engager dans un projet de formation, mais son état de santé fluctuant, son isolement social et les difficultés rencontrées dans ses démarches freinent son parcours. La professionnelle identifie des besoins liés au handicap mais ne sait pas quelles ressources pourraient être mobilisées ni comment appréhender la situation dans sa globalité.

### *Intervention de la Communauté 360*

La professionnelle sollicite la Communauté 360 pour bénéficier d'un regard complémentaire sur la situation. Grâce à son réseau et à ses connaissances des ressources du territoire, la Communauté 360 apporte un appui technique, partage son expertise et participe à la réflexion autour de la situation. Elle contribue à mettre en lien les acteurs concernés lorsque cela est pertinent et favorise une co-construction des réponses possibles avec les partenaires et la personne concernée.

### *Apport pour la santé mentale*

Même sans intervenir dans le soin, la Communauté 360 contribue à prévenir les ruptures de parcours en soutenant les professionnels confrontés à des situations complexes. Son intervention permet une meilleure prise en compte des besoins du jeune, favorise une approche plus globale de sa situation et participe au maintien de son pouvoir d'agir et de son inclusion.

## **DEBRUILLE Jean-Pierre, neuropsychiatre.**

Il y a lieu de s'inquiéter de ce que vivent les jeunes aujourd'hui avec l'accumulation de stress de toutes sortes.

Tous les indicateurs de mal être sont en hausse.

Ce malaise profond des jeunes n'est pas une spécificité française. La pandémie de covid a marqué une rupture d'avec le monde d'avant. Heureusement, la plupart des jeunes va bien.

La définition de la santé de l'OMS permet de mieux comprendre en quoi la santé mentale des jeunes est un enjeu majeur de société.

Les formes de mal être sont nombreuses. Les ados ne sont pas des flemmards, mais ils ne fonctionnent pas comme nous, déjà biologiquement.

On étudie ensuite les difficultés identificatoires, les relations des ados hyper connectés et pourtant très seuls, on parlera ensuite de la gestion de l'altérité par les ados et de l'importance d'être relationnés aux autres.

Nous évoquerons le rapport au langage de l'enfant, de l'ado et conviendrons que la parole est au cœur de l'humanisation des petits de l'homme.

Nous évoquerons la notion d'individu dans les sociétés traditionnelles et dans les sociétés d'aujourd'hui.

Nous parlerons de l'autorité qui n'est plus verticale, mais négociée avec le fait qu'on demande maintenant leur avis aux jeunes.

Nous parlerons des réseaux sociaux du numérique, du harcèlement, de la sexualité et de ses violences, des problèmes de genre, de la parentalité.

Nous évoquerons les difficultés d'accès aux psys.

Après tout ce constat clinique, nous évoquerons toutes sortes de solutions pour améliorer la prise en charge des jeunes en difficulté, en souffrance au travers de notre expérience en ITEP.

Pour le citoyen actif, en responsabilité, nous devons garder la volonté d'améliorer l'humanité pour aider les enfants à grandir, s'édifier, se soigner dans les meilleures conditions possibles.

**Elena** Ensemble (OHS-CPN)

Je m'appelle Eléna, j'ai 22 ans (23 le 28 juin) et j'ai un TDAH qui a entraîné une dépression anxieuse et une anxiété généralisée. Je suis animatrice périscolaire le midi dans une école élémentaire et maternelle à Clairlieu. Je m'occupe d'enfants âgés entre 3 et 6 ans. Je vis à la Pension de famille Chevert, dirigée par l'association Ensemble. Je vis auprès d'adultes en situation de handicap et de personnes âgées. À mes 18 ans, je vivais encore avec ma génitrice jusqu'à mes 19 ans. Je ne connaissais presque rien de la citoyenneté, pourtant j'avais eu des cours au collège mais aucun souvenir. Je ne savais pas que j'avais un TDAH et, bien évidemment, le premier symptôme était les oublis. J'avais beaucoup de pertes de mémoire et ma génitrice me rabaissait en disant que je ne servais à rien ; je commençais lentement à sombrer dans la dépression.

Même quand j'avais des crises d'angoisse, elle disait que c'était faux et que je jouais la comédie alors que je ne pouvais pas les contrôler. Je respectais la loi et je prenais le train pour aller en cours. Quand j'oubliais ma carte de transport, je le disais automatiquement aux contrôleurs, mais ma génitrice me hurlait dessus. Quand j'ai eu le droit de vote en 2022, elle me disait que je ne pouvais pas voter car elle était sous curatelle. Je m'étais renseignée sur Internet et auprès de mes professeurs au lycée ; tous m'avaient confirmé que j'avais bien le droit de vote. J'ai eu une psychologue à l'âge de 15 ans, une semaine après la mort de mon premier petit frère. Je l'ai consultée pendant plus de deux ans, jusqu'à ce que ma génitrice menace de porter plainte contre eux. Elle me forçait également à m'occuper de mon deuxième petit frère en disant qu'elle l'avait conçu pour moi. J'étais devenue une marionnette auprès d'elle et j'avais déjà pensé à mettre fin à mes jours à plusieurs reprises. Je me scarifiais et je n'avais aucune connaissance sur la manière de trouver un travail, remplir une déclaration d'impôts ou prendre rendez-vous chez un médecin.

Quand je suis arrivée à Nancy, j'ai été hospitalisée au CPN pour une crise d'angoisse qui a duré plus de 24 heures. Les médecins ont diagnostiqué une dépression anxieuse non traitée ainsi qu'une anxiété généralisée. Je suis restée hospitalisée pendant 7 mois, le temps de trouver un logement à Nancy.

Une assistante sociale m'a aidée à faire valoir mes droits auprès de la MDPH et mon dossier a été accepté après plusieurs semaines. J'ai également été diagnostiquée TDAH. J'ai demandé une mesure de curatelle car j'avais des difficultés de gestion financière. Cette aide m'a appris à gérer les impôts, les factures et les démarches administratives. J'en suis très reconnaissante.

J'ai également eu accès à un FJT à Nancy où l'on m'a expliqué les règles de vie et où je me suis sentie accompagnée. Je n'ai jamais dérogé aux règles et j'ai pu exercer ma liberté d'expression, notamment lorsque j'ai été victime d'un vol de téléphone ou confrontée à une tentative d'agression.

J'ai pu trouver un travail grâce à ma formation CPJEPS. J'ai rencontré un directeur très investi dans l'accompagnement de mon handicap. Il avait des appréhensions concernant mon organisation. Un jour, il m'a demandé de ranger la salle de cantine. Il craignait que je n'y arrive pas ou que je sois débordée, mais je lui ai prouvé que j'en étais capable. J'en étais fière, et lui aussi.

Quand je suis arrivée à la Pension de famille Chevert, j'avais beaucoup d'appréhension car j'étais la plus jeune résidente. Les maîtresses de maison m'ont expliqué le fonctionnement de la résidence. J'ai également bénéficié d'une AMS (Accompagnatrice médico-sociale) afin d'apprendre à entretenir correctement mon logement et à développer mon autonomie. Mes inquiétudes ont rapidement disparu. Lors des élections municipales à Nancy, je ne souhaitais pas voter car je vivais dans la ville depuis peu de temps. Pourtant, j'ai compris que la citoyenneté ne dépend pas de l'ancienneté de résidence mais de l'exercice de ses droits.

Pour moi, la citoyenneté, c'est faire valoir ses droits dans son pays. Ces droits comprennent notamment la liberté d'expression, le droit de vote et le droit aux soins.

Objet : témoignage pour le forum santé mentale des jeunes et citoyenneté

Je suis infirmière à l'École de la Vie Autonome (OHS de Lorraine) et j'accompagne M. B dans son parcours de soins et de vie vers un logement en milieu ordinaire. M. B souffre actuellement de troubles dissociatifs qui se manifestent par des crises fréquentes et parfois très importantes, ayant un impact significatif sur son quotidien, ses relations et sa capacité à participer à certaines activités sociales et citoyennes.

Dans le cadre du forum consacré à la santé mentale des jeunes et à la citoyenneté, nous lui avons proposé de partager son expérience à travers un témoignage écrit. Cette démarche avait pour objectif de lui permettre de faire entendre sa voix, de sensibiliser le public à la réalité des troubles psychiques et de valoriser son parcours. Afin de faciliter cette rédaction, nous avons travaillé ensemble à l'élaboration d'un plan et à l'organisation de ses idées. Malgré cet accompagnement, la démarche n'a pas pu aboutir.

Cela ne relève ni d'un manque de motivation ni d'un manque d'intérêt pour le sujet, mais directement liée à la complexité de son trouble. En effet, les différentes parties de lui-même ne parvenaient pas à s'accorder sur le contenu du témoignage, sur ce qu'il souhaitait révéler ou non, et sur la manière de raconter son histoire. Ce conflit interne a rendu la rédaction particulièrement difficile, jusqu'à empêcher sa finalisation.

Cette situation illustre de manière concrète les obstacles auxquels les personnes souffrant de troubles dissociatifs peuvent être confrontées. Des actions qui paraissent simples pour la plupart des citoyens, comme rédiger un texte, exprimer une opinion ou prendre la parole en public, peuvent devenir extrêmement complexes lorsque plusieurs vécus, émotions ou points de vue coexistent au sein d'une même personne. Cela montre à quel point ces troubles peuvent limiter l'exercice de la citoyenneté et la participation à la vie sociale.

Cette expérience soulève également plusieurs questions essentielles. Comment permettre aux personnes vivant avec des troubles dissociatifs de faire entendre leur parole tout en respectant leur fonctionnement psychique ? Comment adapter nos dispositifs de participation citoyenne afin qu'ils soient accessibles à tous ? Comment reconnaître les difficultés invisibles qui peuvent entraver l'expression et la prise de décision ? Enfin, comment favoriser l'inclusion de ces personnes dans la société.

L'expérience de M. B rappelle que la santé mentale est un enjeu collectif et que la citoyenneté ne se limite pas à la capacité de s'exprimer facilement ou de participer sans difficulté. En effet, il ne s'agit pas seulement de soutenir les personnes dans leurs symptômes, mais aussi de réfléchir à la manière dont la société peut être inclusive et compréhensive face à des expériences psychiques complexes. Cela souligne également l'importance de l'accompagnement, de l'écoute et de la compréhension afin que chacun puisse trouver sa place dans la société et être reconnu comme un citoyen à part entière.

## **Espoir 54 Témoignages**

### **Témoignage Yann S.**

Je n'ai pas commencé la vie du bon pied. Mon père, un ouvrier du bâtiment immigré serbe, n'était pas très « à l'aise » avec les questions de santé mentale. Bizarrement, ma mère, infirmière française, non plus. Très tôt, j'ai dû voir un psychiatre pour ma dyspraxie, on n'avait pas le choix. Pour l'estime de soi, paraît-il. Mais j'étais déjà très entraîné à ce subtil art martial qui consiste à enterrer les problèmes et à ne jamais en parler. Si on me pose des questions, il ne s'est rien passé. Si on me pose trop de questions ? C'est suspect. Je me rappelle de sa phrase, elle ressemblait à : « Tu sais, tu peux tout me dire, je n'ai pas le droit de parler à tes parents. C'est la loi. En tant que psychiatre, si je révèle des secrets à tes parents, je risque d'aller en prison. » Mensonge... Gros mensonge. Vous pensez qu'une bonne relation peut naître d'une supercherie ? Eh bien, le jeune garçon que j'étais ne le pensait pas. J'ai fait un test, et elle s'est empressée de tout raconter à mes parents.

Après ça, mes relations avec le corps médical furent compliquées. Mais ça aurait pu s'arranger. Quelque temps plus tard, je frôlais la mort dans une erreur médicale qui m'emmena dans le service de la douleur. Ma grand-mère venait de mourir, et c'était l'un des pires moments de ma vie. Je me souviens d'être allongé dans le salon et de voir les gens me parler. Les visages défilaient, mais je crois que les voix, elles, restaient. Il me semble que c'est le plus vieux souvenir que j'ai d'un début de symptômes hallucinatoires (si c'en était).

Quelques doses de codéine plus tard, je rencontrai une psychologue spécialisée dans la douleur. Et je ne sais pas pourquoi, mais je lui ai parlé, vraiment parlé. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être que je n'étais plus capable de porter tout ça. La réaction de la psychologue ? Des phrases tendues, du style : « C'est un cas délicat... » ou encore « Il faudrait vraiment qu'il voie un pédopsychiatre. » Manque de bol, elle voulait m'envoyer directement chez la cheffe du service de pédopsychiatrie, la même qui m'avait trahi quelques temps avant. Alors j'ai décidé que je n'aurais pas de suivi. On enterre le problème. Faisons comme si de rien n'était et attendons que ça dégénère.

En grandissant, ça ne s'est pas arrangé : les voix, les crises, ça m'a suivi toute ma vie. Bien sûr, je donnais le change, plutôt sociable, je ne collais pas à l'idée qu'on se faisait du « fou ». Aujourd'hui encore, j'entends ce genre de phrases : « Schizophrène ? Oh bah, j'aurais jamais dit ! » ou « On dirait pas quand on te parle... » J'ai décidé de le prendre comme un compliment. Mieux vaut se réjouir d'une bonne intention que de se plaindre d'une phrase un peu maladroite. C'est aussi ce que j'étais : quelqu'un qui avait une vision déformée de la santé mentale. « La santé mentale, ça concerne les malades mentaux. » Un jour, j'ai appris que non seulement c'était faux, mais que j'avais moi-même un trouble. Oui, parce que c'est comme ça qu'on dit ! Le problème, c'est que ça a pris des années.

Quand j'étais à l'école, on a eu des formations sur les drogues, sur la contraception et même sur la sécurité informatique. Mais, malheureusement, je n'étais pas assez renseigné sur la santé mentale, et mes parents non plus. Alors j'ai fait sans. Je faisais des crises, les gens disaient que c'était mon caractère. J'avais des hallucinations, mes parents disaient que c'était le stress. J'avais des délires paranoïaques, les autres disaient que je faisais juste de l'anxiété... comme si l'anxiété était quelque chose de tout à fait sain et inoffensif. Bon, pour notre défense à tous : pour nous, un schizophrène, c'était Michael Halloween, le narrateur dans Fight Club ou le personnage flippant dans Split (oui, beaucoup de gens pensent qu'il est schizophrène).

Pour moi et mes parents, les fous étaient à l'asile, et s'ils n'y étaient pas, c'est qu'ils s'en étaient

enfuis. Je n'étais pas à l'asile, je n'y étais jamais allé et je n'avais pas l'intention d'y aller. Donc, naturellement, je n'étais pas fou ! Sauf que ça ne marche pas comme ça.

La maladie m'a isolé. Beaucoup de choses se sont passées pendant le lycée. J'ai fini par lâcher les cours : c'était plus facile que d'affronter ma dépression et cette maladie que je refusais de nommer. J'ai raté mes études et perdu beaucoup d'amis à cause de ça.

Le pire, c'est qu'au lycée, j'ai vu un psychiatre pour ma dépression. Ma mère m'avait demandé de lui parler de mes hallucinations. Je l'ai évoqué une fois. Elle m'a prescrit un traitement, qui ne marchait pas, mais je ne disais rien pour éviter le sujet. En réalité, je ne lui parlais jamais vraiment, je ne lui faisais pas assez confiance. On m'avait déjà menti.

Puis j'ai fini par abandonner. Un jour, je ne suis pas allé à mon rendez-vous. Je n'y suis plus retourné et j'ai arrêté mon traitement. Comme ça, j'ai juste... arrêté d'y aller. Je me suis laissé couler.

Un jour, j'ai fait une crise, une grosse. Ma mère ne savait plus quoi faire, mon père n'était pas là. On pensait que ça passerait avec l'âge. On a dû admettre que ça n'arriverait pas. J'ai consulté un psychiatre. Après quelques séances, le diagnostic est tombé : schizophrénie. Le deuil, ça a été d'accepter que ça ne passerait jamais.

On ne savait rien, on ne voyait que le gars de Split (oui, j'avoue... Moi aussi, je pensais qu'il était schizophrène...). Mais le travail avec mon psychiatre m'a aidé à y voir plus clair. Ma famille, en revanche, c'était plus compliqué : ils n'ont jamais été accompagnés. C'était à moi d'expliquer ma maladie, mes symptômes, mon traitement. C'était dur. Parfois, je me dis qu'on n'aurait pas dû porter ça seul. Mais on ne connaissait rien : ni les structures, ni les dispositifs.

Le pompon ? Mon psychiatre m'a appris que mon ancienne psychiatre, celle que je voyais au lycée, me traitait déjà pour une schizophrénie. Elle me donnait des sédatifs et des antipsychotiques, mais elle n'avait jamais informé qui que ce soit de mon trouble. Ma famille et moi sommes tombés des nues.

Plus tard, j'ai été accueilli à Espoir 54 (SAVS handicap psychique), et j'ai pu, moi aussi, en apprendre davantage sur la santé mentale. L'attente pour y accéder a été longue. J'ai dû me débrouiller seul pendant un moment. Je me suis resocialisé grâce au bénévolat et à d'autres activités, comme les jeux de rôle.

Mais l'accompagnement SAVS m'a vraiment aidé ensuite. Les démarches, en revanche, étaient floues. Aujourd'hui encore, on ne comprend pas pourquoi il faut refaire presque chaque année des demandes à la MDPH, comme si la schizophrénie pouvait quitter mon corps. Pas que l'idée me déplaît, mais les démarches ont ce petit côté « violence administrative ». Ça reste toujours dans un coin de ma tête. C'est drôle, parce que ça m'évoque le harcèlement scolaire. C'est juste que j'ai un peu dépassé l'âge.

Enfin, aujourd'hui, j'avance comme je peux. Un jour après l'autre.

---

### **Témoignage Sarah V.**

Bonjour, je m'appelle Sarah V., j'ai 24 ans, et voici mon témoignage sur ce que j'ai pu vivre (et continue de vivre) en tant que personne handicapée psychologiquement, et au niveau neurologique.

Au lycée, l'on m'a envoyée vers divers bacs professionnels qui ne me convenaient pas. À partir de là, j'ai fait un énorme blocage. J'allais déjà mal avant, mais cela restera du domaine du personnel. J'ai vécu une immense solitude qui m'a faite sombrer.

Je ne comprenais pas les consignes des cours professionnels, personne ne tentait de m'aider. Puis, sur de longs termes (1 année) les professeurs ont commencé à convoquer ma mère pour lui dire que j'avais un problème. Je me souviens parfaitement, elles avaient utilisé la phrase « elle est perdue dans

l'espace ». Ce n'était ni insultant, ni drôle. Elles disaient cela avec beaucoup de sérieux. Je n'ai jamais vraiment compris ce qu'elles voulaient dire par là.

Mes appels au secours avaient été violents, et pourtant ignorés par tous les adultes qui étaient censés s'occuper de moi au lycée. Sans rentrer dans les détails, je me coupais les veines en cours professionnels ; et personne ne réagissait alors que c'était très voyant. J'avais l'impression d'être inexistante, d'être un fantôme, je me demandais ce que je faisais sur terre. Ma mère ne savait rien de ces « appels au secours », elle pensait juste que l'on m'avait mise dans le mauvais domaine. Je ne la blâme pas, elle n'était pas au courant, je n'étais pas du genre à lui en parler. J'aurais pu, mais je ne l'ai pas fait.

En changeant de lycée, tout s'est empiré. Encore une fois je ne comprenais rien, et j'ai sombré dans la dépression, l'anxiété, les troubles alimentaires... et la phobie scolaire. Après quelques mois dans ce lycée, des mois à être harcelée et à sombrer de plus en plus, j'ai fini par faire des crises de phobie scolaire, hurlant à pleins poumons que je refusais d'y aller. Je pleurais, criait, j'avais l'impression d'être devenue folle.

Alors je n'y suis plus allée. Durant quelques mois.

Et personne ne nous a aidées. Je vivais seule avec ma mère qui devait élever une fille troublée, et qui avait aussi ses propres traumatismes et son travail à gérer.

Personne ne nous a tendu la main.

J'ai fini par retourner dans \*encore\* un autre lycée à 18 ans. J'ai passé les deux premières années, enfin. Malgré les difficultés, j'avais enfin trouvé un domaine que je comprenais.

Jusqu'au COVID.

Le confinement, tout ça. Je n'ai pas su gérer, et, quand j'allais enfin avoir mon BAC professionnel, j'ai échoué. En fait, cette partie précise de l'histoire est un blackout total pour moi. Je ne m'en souviens pas. Je ne me souviens pas pourquoi j'ai abandonné. Est-ce que j'ai vraiment abandonné ? Je ne me souviens de rien.

Et l'on ne m'a jamais aidée malgré mes appels au secours silencieux.

Jusqu'au 25 août 2023 au soir, où suite à un craquement, j'ai avalé tous les cachets que le médecin traitant m'avait prescrits avec difficulté.

Je me suis réveillée dans une chambre sombre de l'hôpital central, me demandant pourquoi j'étais encore sur terre.

À partir de ce moment-là, j'ai été internée 2 mois et demi au CPN de Nancy, et à partir de là, c'était la première fois de ma vie que je voyais un psychiatre devant moi. Ils ont adapté mon traitement, on a parlé, beaucoup parlé.

J'ai bien vécu ces deux mois et demi, car j'étais encadrée.

Un an plus tard, je découvre mon épilepsie, qui, en réalité, dure depuis l'enfance. Mais je n'en avais jamais parlé, me croyant tout simplement folle. Effectivement, jusqu'à ce fameux jour, je ne faisais que des « absences », des moments où je n'étais plus dans la réalité et que mon cerveau se déconnectait.

Mais le stress de devoir chercher un travail, rater mes formations, a fait évoluer la maladie à un stade supérieur. Je suis désormais sous plusieurs traitements, et malgré cela je subis des trous de mémoire tous les jours. J'ai parfois l'impression que ma vie est éphémère, que je vis l'instant présent pour l'oublier quelques semaines après. Ou une semaine après.

Et au final, de 2023 à 2026, je n'ai jamais cessé d'y retourner, au CPN.

Et le service a bien changé. Aujourd'hui, ils ne nous supportent plus, nous les patients. Plus vite on part, mieux c'est. Il n'y a plus de suivi, plus de compassion. L'on reste enfermés, on mange, on dort; durant quelques jours, puis nous sommes relâchés dans la nature, seuls.

À partir du moment où le DTA est fini, l'on s'en fiche de ta situation. C'est du moins mon ressenti. La seule personne s'en préoccupant encore se trouve à Espoir 54 (Vandoeuvre), mais ils ne peuvent pas faire de véritables suivis sans que l'on leur donne le feu vert au-dessus.

Et au-dessus, on est mis sur une liste d'attente. Je suis sur une liste d'attente. Alors que, comme beaucoup, j'ai besoin d'aide.

Je peine à appeler des médecins, à appeler le cmp. Je peine à dormir, et à être active. Je suis constamment fatiguée, constamment irritée. À cause des maladies, à cause des traitements, à cause du fait que la plupart des gens « d'en haut » semblent s'en fiche.

J'aimerais que l'on prenne soin de nous. Que l'on nous écoute quand on dit qu'on a du mal avec les appels téléphoniques. Qu'on a du mal à se lever, car on a du mal à vivre. J'aimerais que le gouvernement se réveille, car un simple numéro « SOS » qui ne réponds jamais ne suffit pas. Que l'on nous encadre, nous suivent. Être relâchée dans la nature fut le début de ma redescente aux enfers. Car comme beaucoup, j'ai du mal à grandir. Et avoir encore besoin d'aide à mon âge, ce n'est pas une honte. Ça ne devrait pas en être une.

Nous ne devrions pas être sur des listes d'attente, nous ne devrions pas payer des psychiatres.

Car des millions de jeunes personnes se suicident chaque année.

Et peut-être, que si on les avait écoutées, elles seraient vivantes.

**FOUNAUD Francelyne**      Psychothérapeute (08)

Depuis la création du dispositif Mon psy, puis Mon parcours psy, puis Mon soutien psy en 2022, je reçois en tant que psychologue- psychothérapeute conventionnée avec la Sécurité Sociale, des personnes de 3 ans à 82 ans dans 2 cabinets situés dans les Ardennes.

L'un à Donchery (à l'Ouest de Sedan) où je reçois des personnes venant de Sedan à la Pointe de Givet et un autre sis à la Maison de Santé Hippocrate à Carignan(à l'Est de Sedan) où je reçois des personnes venant de Douzy jusque Montmédy, Stenay, Verdun, en Meuse.

Sur ce territoire, qui longe la frontière belge, je reçois un nombre important de frontaliers, à la seule condition qu'ils soient à la Sécurité Sociale française.

Au départ, la séance conventionnée étant à 30 € pour des séances d'une heure. C'est dire la position militante qu'il fallait avoir. Nous étions 2 dans le département. Depuis que la séance est passée à 50 € nous sommes plus nombreux.

La demande a été d'emblée importante, touchant des personnes qui jusqu'alors n'allaient pas consulter auprès des psychologues.

Les médecins généralistes se sont largement appropriés le dispositif pour leurs patients, ainsi que les infirmières des établissements scolaires, les CPE, les assistantes sociales, le PRE de Sedan (Programme de réussite éducative)....

Les symptômes qui induisent de consulter sont très variés. Je vais essayer d'en faire une synthèse par rapport à l'état psychique que je perçois actuellement dans la population des enfants, adolescents et jeunes adultes.

**François-Xavier** Enseignant (88)

Je suis enseignant dans un collège rural depuis 10 ans, outre la fonction de transmission je ne m'attendais pas à avoir à gérer dans une aussi grande proportion des situations complexes mettant en jeu la santé mentale des élèves.

Pèle mèle, j'ai dû gérer des bagarres assez violentes, des confidences assez gênantes, faire des signalements, gérer physiquement des enfants en inclusion, gérer des situations de harcèlement moral et physique.

Bref toute une multitude de situations pour lesquelles les enseignants ne sont que trop peu préparés au regard des attentes de la société et de la réalité de terrain. J'ai omis de dire que je suis devenu enseignant par conviction à 40 ans après une carrière d'ingénieur.

Suite à ce constat j'ai demandé de nombreuses formations qui m'ont apporté des outils me permettant de me sentir plus légitime pour intervenir.

Globalement je dirais que les enfants ne vont pas très bien et la situation est devenue encore plus problématique depuis le confinement dû au covid 19.

Ces adolescents sont en perte de repères et se raccrochent aux capteurs d'attention que sont les applications comme tik tok ou roblox.

J'ai remarqué une grande fatigue à la fois mentale et physique chez les élèves. Quand je demande à une classe de 3ème quelles sont leurs projets, nombreux me répondent : « jouer et dormir ».

En parlant avec eux ils sont désabusés avec l'étrange sensation que tout se vaut ce qui laisse peu de place à la prise de recul et un champ immense pour des « fake news » et autres théories complotistes. Ceci ne favorise pas l'équilibre psychologique et se traduit même par beaucoup d'anxiété alors que le monde réel est déjà bien servi (guerres, changement climatique, pollution, crise économique).

A ce monde anxiogène vient se rajouter un grand manque de sommeil ayant pour origine le temps passé devant les écrans. Après avoir sondé mes classes (collège), les élèves passent en moyenne 4 heures par jour devant leur téléphone et s'endorment après minuit.

Les réseaux sociaux abrutissent les consciences et viennent exacerber le côté « sombre » des adolescents et cela peut se traduire par des scarifications, tentatives de suicide, enfermement, crises d'angoisse...

La difficulté de concentration pose aussi un problème dans l'apprentissage et entraîne une instabilité psychique.

Chaque génération rencontre des difficultés mais celle-ci a de particulier qu'elle se retrouve face à une incertitude quant à la viabilité de la planète et que l'exemple donné par les dirigeants des états et des multinationales n'est pas reluisant et positif.

Le harcèlement scolaire a toujours existé, il est aujourd'hui dénoncé et pris en charge, enfin ! Des outils sont mis en place pour libérer la parole et régler les problèmes. Malgré cela l'accès dès le plus jeune âge au smartphone démultiplie la capacité de nuire et crée de graves problèmes qu'il nous est difficile d'arrêter. Malheureusement nos actions ne peuvent rivaliser face aux informations qui transitent par le numérique à la vitesse de la lumière.

## **HARROUARD Armelle (55)**

Je souhaiterais témoigner de la prise en charge de la santé mentale dans de nombreux milieux militants alternatifs, et notamment au sein du collectif de militants engagés sur la zone de Bure, lieu de lutte anti-nucléaire, choisi il y a 30 ans pour enfouir des déchets radioactifs.

A l'image des mouvements de luttes anti-validistes qui se sont développés en France depuis une dizaine d'années, ces collectifs militants placent la question de l'action politique dans une analyse systémique et dans une approche inclusive de la personne.

Cette approche s'attache principalement à limiter les rapports de pouvoir et de domination, et ainsi à réduire les facteurs d'inégalités ou d'oppression, afin de prévenir les situations d'exclusion ou de discrimination, pouvant générer un mal-être ou une souffrance psychique.

Plutôt que de stigmatiser les difficultés mentales, ou pathologies psychiques, cette approche tente de visibiliser et de prendre en charge toutes les formes de handicap ou de dysfonctionnement mental, tels que les troubles de l'attention et de la concentration ainsi que les neuro-atypies, sans négliger l'impact des traumatismes psychiques sur les capacités des personnes à s'impliquer dans la vie politique. Dans un souci de ne pas reproduire les exclusions ou l'invalidation de certaines personnes, mais plutôt de leur permettre de s'investir et d'optimiser leur implication dans l'action militante et la vie collective.

Plusieurs cadres, dispositifs et outils ont été mis en place pour rendre effective cette approche :

- accueil et respect de la personne dans son intégrité (origines, classe sociale, genre, identité sexuelle)
  - respect des besoins (rythmes, habitudes et régimes alimentaires, accompagnement et suivi médical)
  - principe de coresponsabilité et de cogestion à la fois pour l'organisation de la vie collective et pour l'action politique : répartition des postes, responsabilités, fonctions et tâches, basée sur le volontariat, la cooptation, ou les choix affinitaires, et non plus sur la désignation, ni l'élection, ni l'autorité.
  - proposition d'espaces de transmission de savoirs, de formation, de réflexion et d'expérimentation, en "mixité choisie", c'est-à-dire en discrimination positive, afin de permettre à des personnes ou des minorités, en situation de fragilité, de handicap, et le plus souvent invisibilisées, dominées ou discriminées, de se reconnaître et de pouvoir interagir et coopérer en dehors de ces rapports. Par exemple proposer un atelier de formation et de transmission en mécanique à un public de femmes uniquement. Ou encore réserver l'organisation d'un cortège pour une manifestation, à un public de personnes racisées ou transgenres.
  - constitution d'une permanence d'écoute en ligne, permettant d'une part une régulation émotionnelle, en cas de conflits ou à l'occasion d'événements mobilisants, tels que les manifestations, les interpellations ou les perquisitions;
- Cette plateforme, étant composée d'équipes d'astreinte par des personnes extérieures, pour la plupart formées, a d'autre part la possibilité de gérer les conflits ainsi que les situations de crise.

**HUMBERT Manon, JOLIVALT Martin et ROUGUI Sabrina, Psychologues clinicien.ne.s**

**« Santé mentale : le Gouvernement accélère » [1] droit dans le mur**

Le gouvernement a déclaré que la santé mentale resterait Grande Cause nationale, pour l'année 2026: « La priorité sera de faire de la santé mentale une réalité tangible dans la vie quotidienne de chacun. » (Santé publique France, 2025). Plus récemment, le 2 juin 2026, la ministre de la santé, Stéphanie Rist, poste sur Facebook que « la santé mentale est l'affaire de tous ». Celle-ci s'est immiscée dans tous les lieux et secteurs : de l'école au parlement, de l'hôpital à l'entreprise.

Ce même jour, la ministre de la santé a annoncé, sur FranceInfo, que « chaque jeune qui sera repéré, détecté ayant un trouble éventuel de santé mentale pourra avoir une espèce de coupe-file pour avoir un rendez-vous dans les 24-48 heures, avec un professionnel de santé : psychologue, psychiatre, pédopsychiatre, qui pourra le prendre en charge » (FranceInfo, 2 juin 2026). Le « coupe-file » est la dernière mesure annoncée par la ministre de la santé, afin de répondre aux besoins criants de prise en charge des jeunes en souffrance psychique. Ce coupe-file devrait accélérer la date de prise en charge de certains jeunes repérés par les professionnels de l'éducation nationale. Ces derniers n'en passeraient plus par les responsables légaux des élèves mais communiqueraient directement avec les établissements de santé de ville afin d'améliorer l'organisation des soins. Pour Stéphanie Rist, la demande de l'école adressée aux parents afin de prendre un rendez-vous pour leur enfant ne relèverait que d'une déficience organisationnelle. En effet, elle propose de ne plus passer par l'échelon parental et de n'impliquer que les « personnes qui entourent le jeune » à l'école (FranceInfo, 2 juin 2026). La ministre n'aborde pas les questions de responsabilité légale des parents et de consentement des jeunes à tout suivi psychologique. Pourtant, le tout premier principe du code de déontologie des psychologues énonce que le psychologue « n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées » (Code de déontologie des psychologues, 2012).

Cette mesure « coupe-file », par définition, rendrait prioritaire des jeunes en souffrance psychique sur d'autres jeunes déjà sur liste d'attente. Pourtant, la ministre de la santé pense qu'« un jeune en souffrance ne doit pas attendre six mois ou trois mois pour avoir un rendez-vous. » (Assemblée nationale, 4 juin 2026). Actuellement, à Nancy, les enfants et adolescents attendent, pendant quelques semaines à deux mois, pour un premier rendez-vous avec une infirmière et entre plusieurs mois à trois ans pour un entretien psychothérapeutique, en Centre Médico-Psychologique (CMP) ou en Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP). Les professionnels priorisent déjà les besoins des jeunes en réunions cliniques et parfois en définissant des critères comme le jeune âge et le risque de passage à l'acte. Avec cette nouvelle mesure, seul le jugement de tout professionnel de l'éducation nationale comme

« L'infirmière scolaire, le psychologue scolaire quand ils existent, le directeur d'établissement, l'enseignant, la personne qui sert à la cantine, etc. » sur la santé mentale d'un jeune primerait (Assemblée nationale, 4 juin 2026). Ainsi l'opinion d'une seule personne, non compétente en soins psychiques, se substituerait aux décisions collectives prises en réunions cliniques par des professionnels formés et expérimentés. L'ambition gouvernementale de faire de « la santé mentale l'affaire de tous » se concrétise, en devenant maintenant l'affaire des professionnels de l'éducation nationale, eux-mêmes en manque de moyens humains et financiers.

La ministre annonce vouloir résoudre des problèmes structurels par une solution organisationnelle : les professionnels devraient, selon elle, s'organiser « entre eux ». Par conséquent, elle ne considère pas les demandes des professionnels de soins et nie le travail d'organisation déjà existant entre tous les acteurs. Les pénuries humaines et financières dont souffre le service public de soins sont largement documentées. Les professionnels ont appris à s'organiser entre eux dans des conditions défailtantes.

Alors que le nombre de professionnels diminue et que les demandes de soins des jeunes augmentent, Stéphanie Rist repense un système de soins d'urgence, tout en négligeant ces états de fait. Ce paradoxe s'explique par le concept de *psychowashing* (Rouigui et Jolival, 2026).

Cette annonce de mesure « coupe-file » est, en effet, « une manœuvre fallacieuse, [qui] vise à présenter des actions ou des discours, comme favorables à la prise en charge des problématiques psychiques des individus, sans actions significatives à la hauteur des annonces. Le *psychowashing* constitue également une stratégie de communication, par laquelle une organisation publique ou privée, met en avant des initiatives prétendument axées sur les soins psychiques et produisant, en fait, des effets limités, nuls voire contradictoires, dans ce domaine. Ainsi, de fausses impressions d'intérêt pour les problématiques psychiques des individus sont créées, sans aucune mesure suffisante pour y répondre » (Rouigui et Jolival, 2026). La phrase de la ministre de la santé: « aujourd'hui nous franchissons une nouvelle étape pour faire de la Grande Cause nationale une Grande Cause durable » en est également une belle illustration.

Concrètement, Stéphanie Rist propose un système de soins d'urgence pour la santé mentale des jeunes à l'image du Service d'Accès aux Soins (SAS) « mis en place, il y a plusieurs années pour les médecins généralistes [avec] la possibilité d'avoir un médecin dans les 24-48 heures, quand on n'a pas de médecin traitant » (FranceInfo, 2 juin 2026). Par le SAS, « plusieurs offreurs de soins peuvent être sollicités » et cela comprend entre autres « les professionnels de santé libéraux exerçant en cabinet » (Santé.gouv, 2026). Le gouvernement prévoit donc de recourir au secteur privé pour pallier ses propres manquements au sein du secteur public de soins psychiques. Le dispositif MonSoutienPsy en est un exemple. Il finance uniquement le secteur privé des psychologues libéraux, au détriment du secteur public. Il « ne prévoit aucun travail d'équipe, aucune approche pluridisciplinaire, aucune supervision, aucune formation. Il s'agit là d'un gâchis et d'une destruction déplorables, l'année même où la santé mentale est décrétée grande cause nationale » (Ciccione et Pontis, 2026). MonSoutienPsy est présenté comme remboursé par l'Assurance Maladie alors que 40% du tarif des 12 séances d'accompagnement psychologique ne le sont pas. Ainsi, le saupoudrage des mesures gouvernementales sur le secteur public est tellement léger que les intentions sont peut-être bel et bien de détruire le service public de soins pour favoriser le secteur privé. À la place de renforcer le système de soins public, le gouvernement choisit de soutenir des dispositifs qui s'appuient entièrement sur des professionnels libéraux, tout en demandant aux autres de « s'organiser entre eux » (FranceInfo, 2 juin 2026).

### Bibliographie :

[1] Communiqué de presse publié le 03.06.2026 publié sur Santé.[gouv.fr](https://www.santegouv.fr)

---

Dissez, N. (2006). Qu'est-ce que la santé mentale ? *Journal français de psychiatrie*, 27(4), 19-21.

Franceinfo. (2026, 2 juin). Santé mentale des jeunes : le gouvernement va mettre en place un système de « coupe file » pour obtenir un rendez-vous « dans les 24-48 heures » . *Franceinfo*. [https://www.franceinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/sante-mentale/le-gouvernement-veut-permettre-a-chaque-jeune-ayant-un-trouble-eventuel-de-sante-mentale-d-obtenir-un-rendez-vous-dans-les-24-48-heures\\_8040656.html](https://www.franceinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/sante-mentale/le-gouvernement-veut-permettre-a-chaque-jeune-ayant-un-trouble-eventuel-de-sante-mentale-d-obtenir-un-rendez-vous-dans-les-24-48-heures_8040656.html)

Jolival, M. Rouigui, S. (2026, 13 mai). Psychowashing : les bonnes intentions de la santé mentale. *Mediapart*.

<https://blogs.mediapart.fr/sabrina-rouigui-et-martin-jolival/blog/160226/psychowashing-les-bonnes-intentions-de-la-sante-mentale>

# Jonathan

Présentation orale — Journée santé mentale des jeunes | Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle

---

## Prendre la parole

Bonjour à toutes et à tous.

Je m'appelle Jonathan, et avant tout, je voudrais commencer par des remerciements qui me tiennent vraiment à cœur. Merci à **Madame Catherine Mercier** pour son invitation — être ici aujourd'hui, c'est pour moi une opportunité rare de mettre des mots sur un parcours que j'ai longtemps porté en silence. Je veux aussi remercier sincèrement tous les professionnels de santé et du travail social qui m'accompagnent au quotidien. Ils le savent, parfois mieux que moi, à quel point leur présence a compté.

Je dois vous avouer quelque chose : ce matin, en me levant, j'avais les résultats de mon épreuve orale du concours de l'IRA de Metz en tête. Ils tombent aujourd'hui. Et pourtant, je suis là. Parce que pour moi, être présent ici, c'est déjà une réponse à tout ce que j'ai traversé.

## D'où je viens

Je suis originaire de la région lilloise. J'ai grandi là-bas, entouré des miens. Aujourd'hui, je vis dans le Grand Est, loin de ma famille. Ce n'est pas un choix anodin — c'est une expérience professionnelle vécue ici qui m'a ancré dans cette région, et j'ai décidé d'y construire ma vie. Mener une existence indépendante et autonome, loin du cocon familial, ce n'est pas toujours simple. Mais c'est quelque chose dont je suis fier. Le droit à l'autodétermination — décider pour soi, choisir sa propre route — c'est une valeur que je défends profondément, pour moi comme pour les autres.

## Ma formation

J'ai fait des études de droit et de science politique, jusqu'à la licence, puis j'ai poursuivi en master 2 avec un parcours en action humanitaire. Des études que j'aimais, qui me parlaient, qui nourrissaient ma curiosité pour le monde et pour les autres. Mais des études que j'ai traversées avec beaucoup de difficulté, sans toujours comprendre pourquoi les choses me coûtaient autant.

## Huit ans à chercher des réponses

Pendant **huit ans**, j'ai vécu avec la sensation que quelque chose ne collait pas — sans pouvoir mettre le doigt dessus. Huit ans de consultations, de doutes, d'incompréhensions. Huit ans où j'avanciais, mais avec le sentiment permanent de nager à contre-courant, sans savoir pourquoi.

Ce qui m'a permis de tenir ? Je ne me suis jamais résigné. J'ai continué à chercher, à me battre, à croire qu'une explication existait. J'ai aussi eu la chance d'être entouré de professionnels bienveillants — médecins, travailleurs sociaux, accompagnants — qui ont cru en moi même dans les moments où je n'y croyais plus vraiment moi-même.

Et puis, au bout de ce long chemin, le diagnostic est tombé : **Trouble du Spectre Autistique (TSA)** et **Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH)**. Je me souviens de ce moment comme d'une étrange libération. Pas une sentence, pas une étiquette — une clé. Enfin, je comprenais. Enfin, je pouvais me voir autrement qu'à travers mes échecs et mes difficultés.

### **Ce qui m'a construit**

Après mon master, j'ai réalisé un **service civique au sein de l'association Grandir Dignement**, qui travaille auprès des jeunes en conflit avec la loi. C'est cette expérience qui m'a conduit dans le Grand Est, et c'est elle qui a profondément changé ma façon de voir les choses. Accompagner des jeunes en grande fragilité, c'est comprendre à quel point un regard bienveillant, une présence constante, peut faire basculer une trajectoire.

Naturellement, j'ai voulu aller plus loin en explorant la **pair-aidance** — l'idée d'utiliser ce que j'avais vécu pour aider d'autres personnes qui traversent des épreuves similaires. Ce chemin n'a pas abouti comme je l'espérais. Mais il m'a appris quelque chose d'essentiel : la parole de ceux qui ont vécu de l'intérieur est irremplaçable. Et ça, je le crois toujours.

Aujourd'hui, je suis **secrétaire de l'association Aspipreneurs**, une structure qui accompagne les personnes autistes dans leurs projets d'entrepreneuriat. C'est un engagement qui me ressemble : je veux contribuer à montrer que l'autisme et le TDAH ne ferment pas les portes, qu'on peut avoir un parcours atypique et construire quelque chose de solide.

### **Viser haut, malgré tout**

Il y a quelque temps, j'ai décidé de préparer le concours de l'**Institut Régional d'Administration de Metz**. Pour beaucoup de gens, c'est un concours parmi d'autres. Pour moi, c'était un défi immense — au regard de tout ce que j'avais traversé. J'ai travaillé, je me suis accroché, et j'ai été admissible à l'oral. Les résultats finaux, je les attends aujourd'hui même, en étant debout devant vous. Quelle que soit la nouvelle, ce parcours m'a déjà appris l'essentiel : on peut se relever, et on peut viser haut.

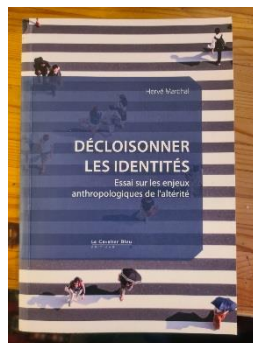
### **Pourquoi je suis là**

La santé mentale des jeunes, pour moi, ce n'est pas un thème de colloque. C'est ma vie. Ce sont des années d'errance, d'incompréhension, de portes qui se ferment et d'autres qui finissent par s'ouvrir. Ce sont aussi des rencontres, des mains tendues, des professionnels qui ont fait la différence au bon moment.

Si je suis là aujourd'hui, c'est pour dire à voix haute ce que beaucoup n'osent pas encore dire. On peut traverser des années difficiles, ne pas rentrer dans les cases, se perdre en chemin — et trouver sa place quand même. Pas malgré qui on est, mais en apprenant, lentement, à s'accepter.

*Je vous remercie de m'avoir écouté.*

## MARCHAL Hervé



### Jeunesses, troubles et citoyennetés

Parmi les jeunesses, et le pluriel s'impose ici tant la jeunesse comme entité homogène est dépourvue de sens, quelles sont les manifestations des troubles mentaux, allant de l'anorexie aux addictions en passant par toutes sortes de phobies et autres angoisses, des plus graves aux plus passagères ? Mais au-delà de ces questions, on peut se demander ce qu'est la santé mentale tant il est vrai qu'on peut être le malade d'un autre... Et puis il y a inévitablement de la morale qui intervient dans cette affaire car les normes socio-culturelles (manières de se comporter, de parler, se tenir...) établissement de fait des limites pour distinguer l'autre qui n'est pas comme moi...

Cela étant précisé, en quoi notre société actuelle, incertaine, complexe et marquée par des processus d'individuation et de fortes inégalités, favorise-t-elle l'émergence de troubles mentaux, quels qu'ils soient ? Quelles prises en charge existe-t-il pour les jeunes les plus précaires ? Y-a-t-il des inégalités de prise en charge entre filles et garçons ? En quoi le numérique participe-t-il de phénomènes de repli sur soi, de dépendance délétère à travers une forte implication affective et identitaire ? Le brouillage professionnel/privé et vie publique peut générer de fortes attentes par rapport au travail et à la société, et donc des désillusions, pour ne pas dire un épuisement mental.

Le numérique participe de cette volonté d'être plus que jamais l'auteur de sa vie et responsable de ce qu'on devient. S'opère ainsi par ricochet une individualisation de l'échec, si bien qu'à partir du moment où l'individu ne se sent pas en mesure de faire face aux difficultés, c'est lui-même qu'il accuse en premier. De la critique sociale (des organisations, du monde politique, des décideurs...), on passe alors à une *critique de soi* qui peut affecter son capital d'estime, de confiance en soi et conduire à une remise en cause de ses compétences et de ses qualités. Or, dans un contexte socio-économique qui impose une logique de rentabilité court-termiste, un temps de l'urgence incarné par les innombrables mails reçus jour après jour, il faut être performant, perspicace, rapide, sûr de soi. On comprend mieux les nouvelles formes de vulnérabilité identitaire et de souffrance psychique qui en résultent, notamment dans le monde du travail mais pas seulement

Enfin, il faut compter avec la fatigue liée au fait de ne pas parvenir à être soi et de ne pas être soi. Plus il y a de densité identitaire (de normes, de valeurs, de principes, de modèles, de références, de repères...) et d'incertitudes de sens, plus l'individu est face à lui-même, attendu qu'aucun fondement n'est suffisamment hégémonique pour fonder une fois pour toutes son identité. En d'autres termes, l'individu est individualisé au sens où aucune tradition, aucune transcendance, aucune source de sacralité ne lui indique du dehors qui il doit être et comment il doit se conduire. Dès lors, l'avancée durant le parcours de vie, notamment à l'adolescence, est affectée par le doute et exige de fréquents réajustements et négociations avec soi, pour le meilleur comme pour le pire...

## **MENSA « La surdouance » et témoignages de personnes HPI**

La surdouance, généralement associée à un quotient intellectuel supérieur à 130, peut constituer un atout important dans de nombreux domaines. Les personnes concernées disposent souvent d'une grande capacité d'analyse, d'apprentissage rapide et de créativité. Elles peuvent exceller dans la résolution de problèmes complexes et faire preuve d'une forte curiosité intellectuelle.

Cependant, la surdouance n'est pas synonyme de réussite automatique ni de bien-être. Certaines personnes surdouées ressentent un décalage avec leur entourage, une hypersensibilité émotionnelle ou un sentiment d'isolement. Elles peuvent également souffrir d'ennui, de perfectionnisme excessif ou de difficultés à trouver leur place dans des environnements peu stimulants. L'accompagnement et la compréhension de leur fonctionnement sont parfois nécessaires pour mieux valoriser leurs capacités.

L'association MENSA propose un cadre de rencontre entre personnes à haut potentiel intellectuel, favorisant les échanges, les activités culturelles et le partage d'expériences. L'association peut contribuer à rompre l'isolement, à développer un réseau social fondé sur des centres d'intérêt communs et à mieux comprendre les particularités liées à la surdouance. Enfin, MENSA participe également à l'information du public sur le haut potentiel intellectuel et ses réalités souvent méconnues.

### **Témoignages de personnes surdouées**

**P.S.** est retraité, ancien directeur marketing dans la distribution, artiste peintre et musicien

Je n'ai découvert ma surdouance qu'à l'âge adulte, bien que ses manifestations aient été visibles dès l'enfance. À l'école, j'apprenais rapidement et terminais les exercices avant les autres, ce qui me conduisait souvent à faire le clown pour tromper l'ennui et ce qui me valait nombres de punitions qui nourrissaient mon sentiment d'injustice. Mon fonctionnement intellectuel me permettait d'assimiler facilement les connaissances, d'établir de nombreux liens entre les idées et d'explorer sans cesse de nouveaux domaines. Pourtant, ces particularités étaient rarement identifiées comme du haut potentiel. Au fil du temps, j'ai ressenti un décalage avec les autres, aussi bien dans ma vie personnelle que professionnelle. Ma rapidité de compréhension a parfois été mal interprétée et a été source d'incompréhensions. Ma pensée arborescente nourrit ma créativité, mais peut aussi être fatigante et envahissante pour mon entourage. Cette différence m'a parfois conduit à me sentir marginalisé et incompris. Pourtant, derrière les capacités intellectuelles se cachent également des doutes et une certaine fragilité.

Aujourd'hui, je considère que le haut potentiel ne se résume ni à un score de QI ni à des performances intellectuelles. C'est avant tout une manière particulière d'être au monde, avec ses avantages et ses difficultés. Derrière les capacités de compréhension ou de création se trouvent aussi des besoins très humains : être compris, accepté et reconnu pour ce que l'on est réellement.

**S.W.** travaille dans le monde de la communication, âgée de 45 ans et maman de 2 filles

Je vis avec ma surdouance avec ambiguïté : d'un côté, c'est un don merveilleux qui m'a permis de slalomer avec facilité face à tout un tas de problèmes (scolarité, vie pro et perso) mais d'un autre, j'ai

toujours ressenti une honte ou plutôt un sentiment d'imposture parce que j'ai l'impression de ne pas le mériter... par rapport à mon manque de discipline « pour réussir ». Là, où d'autres, travaillent dur avec application pour comprendre, je capte facilement les choses.

Le plus dur pour moi a été la période du collège, trop de cours, trop long, trop d'interactions sociales, trop de jugements... De mon point de vue, tout s'est amélioré quand j'ai accepté mon fonctionnement et que je m'en suis servi à mon avantage. Je me sers du télétravail pour travailler « à ma manière », parfois en décaler, ce qui m'évite de devoir expliquer pourquoi je regarde dans le vide ou que je fais autre chose au lieu de « travailler » et surtout, je n'ai pas à me justifier pour savoir comment j'ai pu finir aussi rapidement! Pour moi, les plus gros problèmes que j'ai pu rencontrer sont dû à de l'hypersensibilité, d'éventuels troubles, TDAH, DYS... pas à la douance, que je vois comme une amie très sympa !

**L.G.** est médecin généraliste, diagnostiquée HPI ; maman de 2 enfants, elle nous livre son expérience de la surdouance en tant que mère.

"Mère de deux enfants dont une diagnostiquée très précocement, je peux témoigner de la difficulté vécue lors des 4 premières années de sa vie. Ma fille a toujours été très éveillée (nourrisson n'ayant besoin que de très peu de sommeil), très curieuse (avec des « pourquoi ? » toute la journée), a parlé très vite (premières phrases construites vers 2 ans) et surtout questionné le monde bien plus vite que nous l'avions envisagé (des questions existentielles sur l'existence avant la naissance ou sur la mort vers ses 3 ans et demi). Je me suis sentie rapidement dépassée et très seule. L'entourage considérait nos récits comme une « envie de se valoriser » ou « un effet de mode ». Les nourrices ont balayé la question de remarque de type « Pourquoi voulez-vous qu'elle soit différente des autres ? ». Elle a donc rapidement cessé de parler en présence des adultes qui la traitaient « comme un bébé ». Puis explosait à la maison (« crises » puis besoin intense de discuter sur de nombreux sujets). Ma grande difficulté était de savoir jusqu'où répondre à ses questions (de mathématiques, de sciences, ou encore de questions concernant les possibilités de procréation dans un couple homosexuel par exemple...) à une enfant aussi jeune. J'ai beaucoup lu sur le sujet. Eu une immense chance de trouver sur notre chemin une institutrice de PS qui a tout de suite compris la situation, puis une neuropsychologue qui a confirmé et... de fil en aiguille, l'association Mensa. Désormais tout le monde va mieux. Nous avons compris ses besoins et tâchons de la « nourrir intellectuellement » tout en lui gardant une place d'enfant. Mais sincèrement je ne souhaite à personne ces années « terribles » d'incompréhension (incompréhension de nous, parents, de son neurofonctionnement associé à l'incompréhension, très jugeante, de la société). "

**L.** retraitée, vit seule ; elle a rejoint Mensa il y a quelques mois.

Encore aujourd'hui malgré l'âge, ma surdouance s'avère être un cadeau ou une croix selon son accueil ou non par les autres : Seule, je vis très bien ma surdouance. Je m'intéresse à tout, j'ai des tonnes de livres à livres, de domaines à explorer, de loisirs créatifs à réaliser, bref je ne m'ennuie jamais et les journées sont trop courtes. Au travail si une mission m'est confiée, cela devient un challenge pour parvenir au meilleur résultat. Parmi les autres, là ça devient plus compliqué. Les activités et les sujets de conversations abordés souvent ne m'intéressent pas mais je ne veux pas blesser ou me retrouver

seule. Alors je prends sur moi, je tente de m'intégrer aux conversations, cela m'épuise, j'essaie d'intervenir mais je comprends que je ne suis pas entendue. Ma surdouance me paraît alors comme un fardeau et une entrave aux relations. Mais il arrive que je me retrouve avec d'autres zèbres, et là pas besoin de se présenter, on se reconnaît très vite. Tout devient plus fluide, plus profond et en même temps plus léger. On parle la même langue. Ce qui était handicap devient richesse dans les échanges.

En fait vivre ma surdouance, c'est accepter mon enfant intérieur, ses envies de comprendre et d'expérimenter le monde qui l'entoure, savoir que je ne sais rien, s'émerveiller de tout et ne jouer qu'avec d'autres enfants intérieurs. Et parfois accepter aussi de porter un masque social, jouer aux grands, aux érudits qui savent, en me protégeant un maximum pour ne pas me perdre.

**La maman d'A.** nous raconte le vécu de l'échec scolaire de son fils

Alexandre a toujours rencontré des difficultés dans sa scolarité malgré des capacités intellectuelles précoces. Dès la maternelle, il s'ennuie en classe, maîtrise déjà de nombreux apprentissages et se sent en décalage avec les autres enfants. Peu stimulé, il devient rêveur et se désengage progressivement du travail scolaire. Bien qu'il sache lire avant le CP et obtienne de bons résultats, son haut potentiel n'est pas identifié immédiatement. En CM2, un test révèle un QI de 118 associé à un trouble de l'attention. Au collège, ses facilités, notamment en langues, contrastent avec d'importantes difficultés d'écriture qui le font souffrir. Souhaitant quitter un système scolaire dans lequel il ne se reconnaît plus, il demande à intégrer une troisième préparatoire professionnelle, mais sa demande est refusée en raison de ses bons résultats. Ce refus, ajouté à une relation conflictuelle avec une enseignante qui le stigmatise régulièrement, accentue son mal-être. Alexandre finit par être déscolarisé en troisième. C'est finalement en seconde professionnelle qu'il retrouve progressivement le goût d'apprendre et un certain apaisement vis-à-vis de l'école.

Ils ont dix-huit, vingt ans, trente ans, trente-cinq ans, tous embarqués dans le tourbillon du soin psychiatrique.

L'une pour une persuasion (réelle ou imaginaire ?) de viol incestueux sublimé dans le culte de la religion d'une église intégriste. La culpabilité est au pouvoir de ses errements violents tant à son égard (scarifications et agressions), privation de nourriture en alternance avec ses excès. Sa mère est professeur de philosophie et le père est absent. Premier diagnostic : schizophrénie

L'autre, issu d'une famille disloquée d'origine maghrébine, chômeur, en foyer Sonacotra, en recherche d'un foyer chaleureux mais partenaire d'un groupe qui vit le même parcours d'intégration. Violences à l'égard de sa partenaire. Diagnostic : troubles de l'attachement.

Un autre encore, exclu par sa différence de son foyer familial, « autiste asperger », personnage brillant à la tête de diplômés en sociologie. Il est hébergé par le CAPS et accompagné par d'autres associations pour faire face à son angoisse du monde et à sa difficulté à se déplacer seul... Ses troubles ne se sont manifestés que par rapport à lui-même. Diagnostic en attente de confirmation.

Un autre encore, diagnostiqué jusqu'à maintenant comme autiste asperger, dans un cursus de MIT où il a manifesté des colères intellectuelles agressives qu'il ne savait calmer.

Une autre encore, issue de l'île de la Réunion, élevée dans un monde de croyances, de mantras mêlés d'injonctions religieuses dogmatiques. Sa mère l'a abandonnée et la société lui a interdit la rencontre de sa fille pendant trois ans, laissant un univers traversé de haine et de provocation face à la terre entière. Diagnostic : bipolaire.

Je n'ajouterai pas plus de cas si différents des autres, mon rôle est de leur donner des médicaments que je garde avec moi pour éviter le risque d'un suicide qu'ils ont tous tenté un moment ou un autre. Peu importe leur profil si particulier, si personnel, tous ont une réelle difficulté à s'intégrer dans une société qui leur semble hostile au regard d'un contexte émotionnel qui cherche un mur sur lequel se reposer. Je délivre un traitement auquel ils adhèrent avec plus ou moins de conviction. Je pense pouvoir dire que chacun est à la recherche d'un diagnostic expliquant des dérives sur lesquelles ils n'ont pas forcément les mots, mais un diagnostic qui leur donnerait une identité. Une identité à laquelle ils sont dans une recherche éperdue... Les médicaments sont parfois donnés en situation d'urgence de crise mais sont-ils toujours adaptés à l'évolution du patient ? La distance des consultations permet-elle une évaluation correcte du patient à domicile ?

Cette question interroge la relation entre les CMP, CPN et autre et le suivi à domicile. Je dois dire que de plus en plus je suis consultée face au suivi des patients qui ouvre un accompagnement plus personnel.

Tous ces patients savent qu'ils n'appartiennent pas à la norme sociale, en recherche d'une place, d'une réponse ; les médicaments aident ou éloignent de leur identité, c'est une situation instable pour les soignés comme pour les soignants.

Notre société accueille des profils formatés à une culture, une formation, mais doit répondre à la différence qu'elle produit dans ses propres failles.

Je conclurais par cette phrase qui devrait accompagner toute notre dynamique de soins « quand on perd le singulier, on perd l'universel ».

**OREFICE Jacques,** Gynécologue- Obstétricien, Médecin coordinateur de la spécialité ante et post-partum, Hospitalisation à Domicile Épinal-Neufchâteau, Fondation Santé Services, Maison de Santé Saint Jean

Santé mentale des jeunes : un défi et un enjeu majeur pour l'avenir

En tant que gynécologue-obstétricien, mon engagement en faveur de la santé mentale des jeunes trouve son origine dans l'observation quotidienne des réalités de la grossesse, de la naissance et de la parentalité. Au fil de mon parcours professionnel, j'ai acquis la conviction que la prévention des difficultés psychiques, des comportements à risque et des violences ne commence pas à l'adolescence. Elle doit s'inscrire dans une véritable chaîne de prévention qui débute dès les premiers instants de la vie, voire dès la grossesse.

Les travaux que nous avons développés dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) nous ont conduits à accorder une attention particulière à la prévention et au repérage des dépressions parentales périnatales. Cette expérience a mis en évidence l'importance d'une prise en charge globale associant les professionnels de santé, les réseaux périnataux, les centres médico-psycho-pédagogiques, les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), l'Éducation nationale, le périscolaire et les travailleurs sociaux, les associations et l'ensemble des acteurs péri familles.

Cette coordination est essentielle car les fragilités psychologiques parentales et les dépressions parentales, l'isolement social, la précarité ou les violences intrafamiliales ont des répercussions directes sur le développement de l'enfant. Les études en neurosciences et en psychologie du développement confirment aujourd'hui ce que de nombreux professionnels constatent sur le terrain : la première décennie de la vie est cruciale, elle joue un rôle déterminant dans la construction de la personnalité, de la confiance en soi, de la capacité à créer des liens et à exister avec les autres.

La période des « mille premiers jours » constitue ainsi une fenêtre d'opportunité exceptionnelle pour agir. Soutenir les parents, prévenir les troubles psychiques, favoriser un environnement sécurisant et bienveillant, lutter contre les violences et accompagner les familles les plus vulnérables sont autant d'actions qui contribuent à la construction de la santé mentale des générations futures.

Mais cette réflexion conduit également à s'interroger sur la violence elle-même. Il serait illusoire de croire qu'elle ne concerne que certains individus ou certaines situations particulières. La violence est un invariant anthropologique, une réalité humaine universelle. Sous des formes diverses, elle est présente en chacun de nous et peut s'exprimer à tous les âges de la vie. Elle trouve son origine dans nos peurs, nos frustrations, nos blessures, nos désirs de domination ou nos difficultés à reconnaître pleinement l'autre dans son altérité.

L'enjeu d'une société démocratique et humaniste n'est donc pas de nier cette réalité, mais d'apprendre à la contenir, à la réguler et à la transformer. Toute l'éducation, toute la culture et tout le travail de socialisation consistent à faire passer l'individu de l'impulsion à la réflexion, de la violence à la parole, de l'affrontement à la coopération. La première année, les premières années de la vie jouent ici un rôle fondamental. C'est dans la qualité des liens précoces que l'enfant apprend progressivement à reconnaître les limites, à gérer ses émotions, à développer l'empathie et à respecter autrui.

Cette démarche s'inscrit pleinement dans une vision exigeante de la citoyenneté républicaine. Les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité ne se transmettent pas uniquement par l'enseignement des institutions ou par l'apprentissage des règles civiques. Elles prennent racine dans les premières expériences relationnelles de l'enfant. La capacité à respecter autrui, à accepter la différence, à résoudre les conflits sans violence et à participer au bien commun se construit dès les premiers âges de la vie.

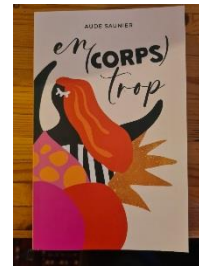
Cette réflexion prend aujourd'hui une résonance particulière. Nous observons une évolution rapide des comportements sociaux, avec notamment une entrée parfois ultra-précoce dans la vie affective et sexuelle. Les jeunes sont confrontés très tôt à des contenus numériques, à des modèles relationnels parfois marqués par la violence, l'hypersexualisation ou la banalisation de certaines formes de domination. Face à ces défis, l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle doit être pensée comme un prolongement naturel du travail de prévention engagé dès la petite enfance.

La santé mentale des jeunes ne relève donc pas exclusivement du champ médical. Elle constitue un enjeu éducatif, social, culturel et citoyen majeur. Une société qui investit dans la prévention précoce, dans le soutien à la parentalité et dans la protection de l'enfance agit non seulement pour réduire les souffrances individuelles, mais aussi pour renforcer la cohésion sociale et la vitalité démocratique.

La chaîne de prévention que nous appelons de nos vœux doit relier la grossesse, la naissance, la petite enfance, l'enfance, l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte. Elle suppose une coopération étroite entre les professionnels de santé, les institutions éducatives, les collectivités territoriales, les associations et les familles. Cette continuité de l'accompagnement constitue sans doute l'un des investissements les plus efficaces et les plus humains que notre République puisse réaliser.

Prendre soin de la santé mentale des parents, les préparer à la parentalité, protéger les enfants des violences, soutenir les familles et accompagner les jeunes dans leur développement, c'est préparer l'avenir. C'est contribuer à former des citoyens autonomes, responsables, capables de maîtriser leurs pulsions, de respecter les autres et de participer pleinement à la vie de la cité.

Car derrière chaque citoyen, il y a un enfant ; derrière chaque enfant, il y a eu des parents, des familles composées, souvent décomposées et recomposées. Investir dans les premiers temps de la vie dans la prévention des dépistages et des dépressions parentales, c'est investir dans la construction de la citoyenneté des jeunes et dans l'avenir de la République.



Je témoigne aujourd'hui de mon vécu avec les troubles de la conduite alimentaire (TCA) qu'est l'hyperphagie-boulimie. Je suis adulte quand le mot est prononcé et que je parviens à accepter le diagnostic. J'en souffre depuis mon adolescence. L'obésité fait partie de ma vie depuis mon enfance et est un facteur déclenchant des TCA. Ce mot « obésité » est inscrit dans mon carnet de santé dès mes 6 ans, il y est accolé « faire régime », un autre encore à 8 ans. Je mange alors « sur prescription médicale ». De tout cela ma mémoire n'a rien gardé. Mes premiers souvenirs remontent à mes 9 ans. J'étais en CE2 et c'était le jour de la visite médicale annuelle. J'étais une petite fille enrobée, je redoutais ce moment. Je me souviens très nettement de la voix aiguë de l'infirmière après que je sois montée sur la balance. Elle s'est mise à hurler devant la bonne vingtaine d'élèves de ma classe : « Mais tu es énorme ! Mais que crois-tu qu'il va se passer si tu continues comme cela ? Tu ne vas plus marcher mais tu vas rouler ! Tu vas finir comme le bonhomme Michelin. Personne n'aime les gros ! » J'ai intégré ce jour-là le fait de ne pas être « aimable », que personne ne m'aimera jamais si je reste grosse, j'ai intégré de devoir maigrir pour pouvoir être aimée, que ma vie commencerait quand j'aurais perdu du poids.

J'ai beaucoup pleuré les jours suivants sans rien pouvoir dire de cette visite médicale, mais le compte-rendu de mon carnet de santé parlait pour moi. Ma mère m'a à nouveau emmenée chez mon médecin traitant, qui a durci le régime déjà en cours, prescrivant au gramme près ce que je devais manger et quand, insistant lourdement sur les efforts nécessaires à maintenir pour perdre du poids. Je crois que c'est à ce moment-là que mon corps et mon esprit ont pris deux chemins différents, sont devenus deux entités différentes et ennemies. Le régime strict a été suivi, ma courbe de poids est descendue, puis remontée rapidement. Le discours du médecin était toujours le même « c'est important, jeune fille, il faut faire des efforts, manger selon mes recommandations et faire du sport ». J'adhérais pleinement à ce discours, le faisant mien totalement. Le régime est devenu la norme me concernant, ma mère en était la garante, le médecin le seul autorisé à gérer la nourriture que je mangeais, m'obligeant dans le contenu de mon assiette, dans la taille des portions, dans l'heure de la prise alimentaire. Je faisais taire la faim le soir dans mon lit et je regardais avec frustrations mes frères et sœurs manger tout ce qu'ils voulaient quand j'étais contrainte à du poisson bouilli.

Les compulsions ont commencé les dimanches. Ce jour-là, ma famille était invitée chez mes grands-parents pour un repas rassemblant mes oncles et tantes et mes cousins. Personne ne savait que j'étais au régime et refuser un plat ou un autre me valait des réprimandes de mes tantes ou de mes grands-parents. Je mangeais contre mon gré au début, et puis je rendais les armes. Je finissais par engloutir toute la nourriture qui était à disposition, et si autour de moi tout le monde s'extasiait des plats de ma grand-mère, pour moi rien n'avait de saveur. Je mangeais jusqu'à en avoir terriblement mal au ventre. Je mangeais même en cachette le soir en rentrant les goûters et friandises que je n'avais pas pu avoir les jours précédents. Je me disais « foutu pour foutu, autant profiter des victuailles » ou alors « autant en profiter, demain, le régime va recommencer et il n'y aura plus rien à manger pour moi ». Je mangeais par frustration des privations passées et par anticipation des privations à venir.

Un peu plus tard, les compulsions n'arrivaient plus seulement le dimanche mais aussi les jours d'école. Le collège était particulièrement difficile, j'étais la cible de moqueries dues à mon poids que

je vivais très mal. Les soirs en rentrant du collège, je me réfugiais dans la nourriture, je mangeais en étant absente de mon propre corps, dans des quantités astronomiques, jusqu'à devoir me coucher tellement les maux de ventre étaient insupportables. Si après une crise on me demandait ce qu'il venait de se passer, ce que je venais de manger, j'aurais été bien incapable de répondre. Ces compulsions étaient taboues, je mangeais en cachette, j'étais pêtrie de honte et de culpabilité de ne pas réussir à suivre les prescriptions médicales. Par ailleurs, je continuais à voir des médecins pour perdre du poids (médecin traitant puis ensuite nutritionniste et diététicienne du centre hospitalier voisin). J'étais comme littéralement coupée en deux. Une partie de moi était honteuse en permanence d'être ce que j'étais, ce corps toujours trop gros, et une autre partie de moi était une espèce de guerrière perfectionniste : suivre tous les régimes à la lettre, les durcir de moi-même, être une petite fille modèle, être la première à l'école.

Le sentiment de honte et de culpabilité qui me submerge lors des crises d'hyperphagie en cachette fini par être constant, la nourriture devient une obsession. Après les crises, je cherche des moyens de compensation dans des séances de sport intensives, ou sur mes dernières années de collège, j'ai découvert que les vomissements pouvaient faire baisser efficacement ma courbe de poids, de vomissements après chaque crise d'hyperphagie, j'en arrivais à plusieurs par jours.

Pendant mes études supérieures, je consulte plusieurs médecins à Nancy, endocrinologues, nutritionnistes. La conduite de rendez-vous est toujours la même (on me demande de décrire des repas types, on ne me croit pas sur certains points (pas de sodas, pas de fast food, ...), les propos sont souvent blessants (« vous n'êtes pas un veau de lait à engraisser, il faut arrêter tel ou tel aliment... », « il faut faire preuve de plus de volonté », « il faut faire du sport »...). Même les médecins consultés pour d'autres raisons (ma gynécologue par exemple) n'ont que cet objectif pour moi : il faut perdre du poids. C'est une période de régimes yoyo, je perds du poids, toujours de manière spectaculaire, jusqu'à 20kg mais je reprends tout systématiquement. Je m'isole socialement, ne sors jamais avec les autres étudiants, je refuse des invitations.

Au fil du temps, la souffrance pendant et après les rendez-vous médicaux étant trop grandes, les injonctions trop fortes, personne ne comprenant que je voulais maigrir plus que tout mais que je ne savais pas comment faire, je décide de ne plus consulter de médecins « traditionnels » pour mon poids. Je les remplace par d'autres choses : régimes divers et variés hors parcours médical (WeightWatchers, régimes de sachets protéinés, produits divers en pharmacie, régimes des magazines), par des médecines alternatives : acupuncture, sophrologie, hypnose, naturopathie, semaine de jeûne, ... la liste est longue

A mon trentième anniversaire, devant une rétrospective photo, je me rends compte de mon profond mal-être : j'ai parfois été fine sur les photos et pourtant j'ai le souvenir précis de cette époque où je me voyais énorme. Je me rends compte à quel point toute ma vie depuis mon enfance, je n'ai toujours eu qu'une seule préoccupation : mon apparence et mon poids. Je prends conscience que j'ai mis ma vie entre parenthèse en attendant de perdre du poids que dans ma vie, depuis mes 6 ans en réalité, je n'ai fait que perdre du poids en période de régime ou en prendre le reste du temps. Je n'ai jamais eu un poids stable plus de quelques semaines. Je décide que j'ai assez souffert et de me « foutre une paix royale ». C'est facile à dire, plus difficile à appliquer.

Malgré tout, pour la première fois de ma vie, mon poids est resté quasiment stable sur presque dix ans. Des variations à la reprise ou à l'arrêt d'activités physiques. Les compulsions s'estompent ou plutôt sont moins violentes. La préoccupation n'est plus de perdre du poids mais de m'accepter comme je suis, je lis beaucoup sur le sujet et je suis une psychothérapie. Pendant cette période, je découvre le programme « Linecoaching » (programme de Thérapie cognitive et comportementale des

DR Apfledorfer et Zermati, qui a l'avantage d'être « en ligne » et de ne pas me confronter à une blouse blanche). Grâce à lui je découvre que je n'ai plus aucune sensation alimentaire : je ne sais pas identifier ma faim, encore moins le rassasiement ou la satiété. C'est pour moi une découverte assez incroyable. J'ai toujours depuis mon enfance eu des prescriptions pour savoir quoi et quand manger. Je ne sais pas le faire seule. Je suis incapable d'identifier ma faim. Je suis le programme pour reprendre pied. Je me reconnecte à mon corps à ses sensations, je suis reconnaissance d'être « malgré tout » en bonne santé et que mon corps me permette de bouger. J'apprends à identifier et reconnaître les compulsions ou envies de manger émotionnelles même si je suis incapable d'identifier l'état émotionnel qui engendre la compulsion. J'essaie enfin d'arrêter de lutter (je sais désormais que je perds toujours)

Ce programme m'a aidé mais n'a pas suffi à ancrer un mieux-être. Les problèmes de la vie, un travail passionnant mais épuisant, un divorce et 3 enfants à élever toute seule me plongeait dans d'autres préoccupations que celles de faire de la méditation de pleine conscience pour gérer mes Envies de Manger Emotionnelles.

En 2020, la période covid signe pour moi le retour des compulsions, de manière assez violente. J'étais plutôt bien néanmoins, à la campagne avec beaucoup d'espace mais le discours radiophonique ambiant qui ne cessait de répéter que principalement ceux qui mourraient du COVID était les personnes obèses, je me suis soudainement sentie, de manière très irrationnelle, en danger de mort. C'était très angoissant, retour du pèse-personne et des pesées plusieurs fois par jour, nouveau régime, sport en cachette. Auparavant c'était le regard de l'autre ou le discours médical qui m'avait mise au régime, cette fois c'était moi (et la radio).

En 2025, un diagnostic de dépression me conduit à prendre conscience de ce trouble de la conduite alimentaire et à commencer un suivi médical pluridisciplinaire. Une psychologue qui me permet de prendre conscience que cet état d'épuisement trouve sans doute sa source dans mon histoire pondérale que cette visite médicale de l'enfance m'a constituée sur fondations pas stables et pas saines. Pour la première fois de ma vie, je parle d'obésité avec ma mère, et de mon parcours de vie. Je suis prête à demander de l'aide, et prête à affronter à nouveau des médecins pour traiter conjointement les troubles de la conduite alimentaire et l'obésité. Lors du premier rdv, l'endocrinologue m'écoute et dit que ce n'est pas de ma faute. Les digues cèdent, je pleure beaucoup, avec cette toute petite phrase, c'est comme si elle m'avait enlevé tout le poids de la culpabilité des 40 dernières années. Nous évoquons la chirurgie bariatrique, elle m'en décourage, m'explique la priorité de traiter les TCA (et en l'occurrence risque accru de rendre les effets de la chirurgie nuls). J'entame un parcours d'éducation thérapeutique, le discours est radicalement différent de celui entendu toute ma vie, il est déculpabilisant et instructif. Il n'y a plus d'injonctions alimentaires ou sportives, il me permet de comprendre le fonctionnement de mon corps, de découvrir l'alimentation intuitive. Ce parcours complet, presque systémique m'aura permis la réappropriation de mon histoire et de mon corps ; la prise de conscience de l'événement de la visite médicale, de la violence des propos subis, du fait que je me suis constituée sur cette base, sur cette petite phrase assassine « Personne n'aime les gros » et avec la conviction que ma vie commencerait seulement quand je serais mince. Je m'estime guérie car je connais désormais très bien les TCA dont je souffre, leurs fonctionnements, leurs mécanismes. Mais je devrais plutôt me dire aguerrie plutôt que guérie car je sais que les compulsions alimentaires, tout comme l'obésité, feront partie de moi toute ma vie, que je dois vivre avec, les apprivoiser, arrêter de lutter, me composer une nouvelle vie avec ça, et enfin commencer à vivre.

**SIMON Jean** Gastro-entérologue

Cas clinique : santé mentale des jeunes : L'exemple de Marie.

Marie a 17 ans. Elle est élève de première et elle ne s'aime pas. Elle se trouve laide, grosse et inintéressante. Marie est l'aînée d'une famille de trois enfants. Elle a deux petits frères de 8 et 12 ans avec lesquels elle ne partage pas grand-chose. Ses parents travaillent. Son père, chauffeur routier est en déplacement toute la semaine et sa mère a fort à faire entre son job de femme de ménage, l'entretien de la maison et l'éducation de ses frères. Marie se sent seule. Certes elle a des copines, mais pas de véritable amie à qui elle pourrait se confier. Et Dieu sait qu'elle en aurait des choses à lui raconter. Marie aimerait après son bac travailler dans la mode vestimentaire.

Son problème de poids remonte à l'adolescence, lorsqu'elle a fréquenté le collège où elle est demi-pensionnaire. La cantine fort rébarbative, n'étant pas de son goût, les repas de midi se résumaient bien souvent à bout de pain et à un fruit. Il s'ensuivit un grignotage de bonbons et de friandises dès la sortie du collège en milieu d'après-midi, quand ce n'était pas hamburger ou fast-food vite ingurgité avant de rentrer à la maison. Le dîner souvent expéditif, se résumait assez régulièrement à plonger dans le réfrigérateur avant de se réfugier dans sa chambre et manger une crème glacée ou un yaourt en parcourant les réseaux sociaux. En effet Marie est addict à son téléphone portable et elle passe 3 à 4 heures/jour à scroller.

Déseparée et culpabilisée par son obésité, elle ne compte plus les conseils plus ou moins farfelus pour maigrir, prodigués par des influenceuses, le plus souvent bimbos filiformes qui expliquent avec conviction comment perdre facilement et rapidement du poids. Or Marie n'y arrive pas. Ca a pourtant l'air si facile !!!!

Déseparée, Marie qui n'a guère de gout pour le sport et qui est assez gourmande, voit s'accumuler les kilos sur sa balance. Cette obésité crée un certain nombre de tracas au niveau de son collège où elle fait l'objet de discrimination, de harcèlement et moqueries, bien souvent de la part des garçons, mais également parfois de certains de ses professeurs, notamment son prof de gym qui parle volontiers à son sujet et avec un air bonhomme de bon popotin et de petit boudin. Marie serre les dents, se force à sourire et garde pour elle rage et désespérance.

Ses pensées sont pessimistes, elle pense qu'elle ne s'en sortira pas et qu'elle est condamnée toute sa vie à trainer ce surpoids. Elle a même failli il y a quelques années faire l'achat d'injections de GLP-1 pour maigrir, sur les excellents conseils d'une influence, mais elle a été refroidie par leur prix exorbitant et par la provenance douteuse de ces produits mis sur le marché en toute illégalité, et dont l'inefficacité n'a souvent d'égale que la dangerosité.

Lorsqu'on parle de santé mentale des jeunes, il est important de noter, comme dans le cas de Marie, que cette santé mentale a des répercussions directes et importantes sur sa santé physique. La perte des repères familiaux et des horaires de repas, l'abondance d'informations prodiguées par les réseaux sociaux sont source de détresse, de grande solitude malgré les innombrables sollicitations. L'utilisation abusive des écrans, source de sédentarité, impacte considérablement l'estime de soi, génère de l'anxiété et un rapport au corps qui est biaisé.

La prise en charge médicale est souvent tardive et délicate. Avoir le courage d'aller en parler à son médecin traitant, sortir de sa culpabilité sont souvent des obstacles insurmontables. Et beaucoup se

tournent vers les réseaux sociaux pour essayer de trouver des solutions à un véritable problème médical. Les différents échecs de toutes les tentatives de perte de poids sont un facteur d'épuisement psychologique en entraînant dépréciation, démoralisation. La santé mentale de Marie est directement impactée par ce problème d'obésité qui est la conséquence d'une désadaptation de l'alimentation par faillite de la cellule familiale, défaut de prise en charge adaptée de ce qui est une véritable maladie chronique, encore souvent considérée à tort comme une absence de volonté et un manque de motivation, alors que tout le monde s'accorde actuellement à reconnaître l'obésité comme une véritable entité pathologique intrinsèque, dont les conséquences physiques et psychologiques sont loin d'être négligeables. L'influence des réseaux sociaux et la perte de repères est également un facteur d'aggravation de cette situation fréquente et en très inquiétante augmentation dans le monde adolescent et de jeunes adultes actuel.

Vous avez dit : *santé Mentale* ?!

De ma place de thérapeute Familial qui fut psychologue en pédopsychiatrie, puis en psychiatrie adulte pendant de longues années, que puis-je dire en me retournant sur ma pratique en C.M.P. ?

Avertissement, j'ai toujours pensé qu'être direct était une forme de respect et je me méfie des règles générales ou constat qui viseraient à tout généraliser... Je ne parle donc que de mon petit point de vue. Que penser alors de la place laissée au travail réel avec les familles des personnes hospitalisées et que dire sur le travail avec les systèmes plus larges ?

Peut-être que cette place s'étirole comme une peau de chagrin d'où mon écriture du titre : « *santé* » en minuscule et « *Mentale* » en majuscule. On en parle beaucoup, c'est utile, mais comme dit l'adage « *ce que tu fais parle plus haut que ce tu dis* ». Je parle plus précisément des budgets concernant le nombre des personnels travaillant avec les personnes, pas du personnel administratif ...

Prenons un exemple pour illustrer mon propos ; quand je travaillais dans les Vosges, j'ai eu une clinique particulière au sein d'un protocole suicide. Là dès qu'un adolescent posait un geste suicidaire, sa famille et lui-même était invité à trois entretiens familiaux avec deux professionnels quarante-huit heures, en principe, après l'acte posé. Ces rendez-vous étaient couplés à des entretiens individuels avec une (un) psychologue et un (une) pédopsychiatre. Ce qui mobilise des professionnels différents, d'où un besoin accru en poste. Mais légitime de mon point de vue et de surcroît validé par les familles. Arrivé à Nancy mes collègues m'ont rapidement fait comprendre, qu'il valait mieux se concentrer sur les entretiens individuels... De plus cela occupait trop de professionnels et puis avec les dotations budgétaires, c'e n'était pas ou plus réalisable ! Etais-je devenu soudainement moins compétent, peut-être ?

Pourtant dans les projets officiels le travail en partenariat avec les familles est souvent mentionné...

Voire mis en avant ?! Suis-je, alors, désabusé, pessimiste ou naïf ? Les trois sans doute !

Si je suis un patient que faire alors ? Juste ceci dès qu'on souffre, parler le plus vite possible à plusieurs personnes que l'on connaît pour pouvoir « oser » appeler un professionnel ou aller prendre physiquement un rendez-vous.

Mais là peuvent apparaître des difficultés. D'une part parce qu'il y a des délais d'attente de plus en plus longs. Et d'autre part si je n'arrive pas appeler à l'aide que faire ? Il existe ce que j'appelle des : « *suivis amicaux* » qui peuvent aider à faire baisser, mais momentanément, l'intensité de souffrances ressenties.

Si ces mêmes « *amis thérapeutiques* » pouvaient aider physiquement à consulter et passer la main en accompagnant réellement, c'est-à-dire jusqu'à la porte des CMP... Ce serait fabuleux Pourquoi ?

Parce que porter 100kg de souffrance individuelle et familiale c'est lourd au quotidien ; alors le faire dans la solitude ...

Et puis nous professionnels avons, nous aussi notre part de responsabilité. Notre image n'est pas la meilleure, quoique qu'elle serait en train de changer, peut-être ? Il existerait de mon point de vue des attitudes paradoxales dans les équipes. Par exemple se cramponner à des Demandes claires, explicites et répondre favorablement surtout à celles-ci. Alors que les patients ne sont pas forcément capables de formuler une telle demande attendue, puisqu'ils sont débordés voire submergés par leurs soucis

....

Pour autant ces attitudes sont compréhensibles, aussi bien celles des familles que celles des professionnels, puisque les situations sont de plus en plus lourdes socialement, humainement. A ceci s'ajoute des violences inhérentes à l'évolution de notre société.

Il faudrait ajouter un autre niveau de complexité et de difficulté dans ces contextes d'intervention. Ce sont les situations aux frontières de plusieurs secteurs professionnels : éducatif, psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, P.J.J. voire du pénal avec des informations préoccupantes etc.

Alors il peut se produire le phénomène de la « *patate chaude* ». Chacun des partenaires professionnels peut penser que l'autre est plus qualifié ou compétent pour agir ... et attend que l'autre fasse ? Alors les réunions, les concertations apparentes, les appels téléphoniques fleurissent !

Le drame est que chacun fait ce qu'il peut et surtout les règles du jeu relationnel sont souvent plus fortes que les différents intervenants : dommage !

Que d'énergie dépensée pour un résultat difficile à qualifier, voire à quantifier.

Voilà ma perception désabusée, qui est peut-être réductrice ?

VALENCE Jean-Claude

### La santé mentale des jeunes - *les limites du possible*

La « santé mentale » est une question qui occupe aujourd'hui une place importante dans la presse et trouve un écho durable dans l'opinion. Elle ne se pose pas seulement à propos de quelques personnalités disposant de pouvoirs socio-politiques considérables mais aussi, ce qui n'est pas moins inquiétant, au sujet de la population générale, chez les jeunes en particulier. Le Conseil Économique, Social et Environnemental (C.E.S.E. du Grand Est) vient de prendre l'initiative d'une enquête, auprès de jeunes âgés de 18 à 25 ans, publiée en juin 2025. Ce travail retient l'attention parce qu'il montre d'abord l'intérêt que portent les pouvoirs publics à cette question mais aussi par les interrogations qu'il suscite quant à la méthode utilisée. Il s'agit de recueillir les représentations qu'ont les participants de leurs difficultés à vivre et des moyens qu'ils proposent pour atténuer celles-ci.

Comment se saisir de ce travail, considérable, si on souhaite le prolonger par des pratiques opérantes ? L'importance des informations recueillies, la diversité des thèmes abordés suggèrent un éventail d'actions distinctes quant à leurs modes de développement et quant aux localisations sociales de leurs applications. Ce document se donne à lire comme un inventaire détaillé de plaintes et de réponses jugées appropriées. Indépendamment de la question critique d'usage sur la taille de l'échantillon — vingt personnes seulement en l'occurrence, consultées, il est vrai, à l'occasion d'un débat et non par questionnaire — se pose la question du champ sémantique utilisé dans cette enquête : les représentations sur la santé mentale sont diverses, alors que le cadre de références imposé par *Psycom* n'est pas précisément présenté.

Il est par ailleurs intéressant de noter que les jeunes engagés dans ce travail ont désigné l'adresse quasi-permanente de leurs doléances aux parents et aux institutions ; sans doute cela semble-t-il attribuer aux uns et aux autres une responsabilité certaine du mal-être en question. Cela indique, en tout cas, que les difficultés éprouvées sont perçues, d'une façon ou d'une autre, comme dépendantes de la dynamique du champ social, excluant les dispositions individuelles, génétiques par exemple, comme seule cause. Cela dit, on peut se demander dans quelle mesure ce type de considération est induit par le cadre donné à l'enquête : ainsi les « *définitions formalisées de la santé mentale* » (p. 6) ne contiennent-elles pas des significations inférées par la méthode *Cosmos Mental* utilisé par *Psycom* ?

Cette méthode peut faire penser à un itinéraire ludique (*cosmologique* !) semé d'embûches auxquelles le jeune est confronté chemin faisant et qui peuvent être déjouées par des dispositifs et mesures appropriées, c'est-à-dire appuyées sur des techniques objectives, diversifiées. On est ainsi amené à concevoir les points d'obstacle au bien-être comme dispersés selon des problématiques différentes, comme on tient habituellement les *faits divers* pour des événements sans lien entre eux, c'est-à-dire dépourvus de signification sociale. Par ailleurs, chaque obstacle est souvent considéré comme cause singulière, au moins indirecte, du mal-être, ce qui écarte d'emblée l'hypothèse selon laquelle lesdites causes pourraient n'être que des relais dans une chaîne causale dont ils masquent justement l'origine ; ainsi l'attitude des parents, l'organisation des lieux scolaires sont souvent désignées comme sources du mal-être des jeunes et les préconisations sont nombreuses et pressantes, notamment dans cette enquête, alors que les moyens disponibles semblent très insuffisants, voire inappropriés. En fait parents et enseignants sont eux-mêmes souvent aussi désemparés et leur demander de modifier les situations de désarroi et de souffrance n'est peut-être pas à la mesure de leur bonne volonté ou de leurs compétences, bien que leurs places soient évidemment essentielles.

Ainsi reproche-t-on souvent à ces personnes et à ces instances un manque ou une insuffisance d'autorité, ce qui laisse à penser que les unes et les autres ont la capacité — le « pouvoir » — d'agir sur la santé mentale des enfants. Cela ne va pas de soi, c'est donc à questionner. D'abord, le terme «

pouvoir », tant invoqué dans toutes les discussions sur le bien-être social et la bonne façon de gouverner, mérite explication. Il convient d'abord de le distinguer clairement du terme « autorité » avec lequel on le confond fréquemment. Le *pouvoir* exprime la capacité d'agir sur quelque chose ou quelqu'un, dans le sens étymologique de *se rendre maître de, s'emparer de* ; il est le développement socialement régulé de la pulsion d'emprise, fondement du sentiment de toute puissance infantile. L'*autorité* — *auctoritas* — est une garantie, un répondant, une présence qui requiert et inspire la confiance. On peut ainsi dire, pour l'essentiel, que l'autorité est le pouvoir légitimé par une reconnaissance — ce qui est vraisemblablement une des conditions indispensables de l'ordre démocratique ; l'autoritarisme s'installe quand la reconnaissance et la confiance viennent à faire défaut et devient alors le *semblant* de l'autorité.

Il faut également questionner la notion de santé mentale, en commençant par rappeler que la distinction nette entre bonne et mauvaise santé n'est pas évidente. Le passage de l'une à l'autre est souvent incertain et la difficulté de porter un jugement définitif à ce sujet est connu depuis longtemps — Érasme, Pascal, Montaigne, Shakespeare, ... ont évoqué de façon convaincante cette difficulté et, plus proches de nous, J. Derrida ainsi que G. Canguilhem, par exemple, ont traité de cette question, ce dernier ayant montré la nécessaire distinction entre normalité, anormalité, anomalie et pathologie. Alors que dire, immédiatement, du mal-être dont on sait bien qu'il est constituant de toute vie humaine, par conséquent irréductible ? Pourtant on s'accorde à dire que le nombre de personnes, de jeunes en l'occurrence, et le poids du mal-vivre qui les accable constituent à présent la manifestation d'une pathologie psycho-sociale. Il se trouve en effet que quand le mal-être envahit la pensée au point d'empêcher d'envisager l'avenir, de créer des relations de confiance, on passe du normal au pathologique.

Peut-on d'ailleurs douter que la question devienne pressante s'il s'agit de *malaise* au sens où Freud l'entendait déjà en 1930 ? Le *malaise dans la civilisation* est en cette période décrit comme le conflit sans fin entre la culture et les pulsions de destruction qu'elle ne parvient à maîtriser. Freud se situe ainsi dans la lecture tragique de l'Histoire humaine, amplement alimentée depuis par les sinistres événements de la Seconde guerre et par leurs conséquences. Il n'est de surcroît pas inutile de se demander si le malaise actuel ne s'alourdit pas d'un effet nouveau de la « modernité » ; on parle à présent de *mutation*, ce qui n'est pas assimilable au tragique, mais qui se perd dans la nébuleuse de l'inintelligible, de l'intraitable.

Il est aujourd'hui évident que, en tous lieux, la socialité perd de sa consistance. L'être individuel s'en trouve vidé de sa propre substance. La question de l'autorité se pose impérativement et brutalement, l'idée même de liberté est vacillante. Il est fort probable qu'on vive actuellement une crise majeure, au sens de la nécessité d'un choix socio-politique considérable ; la perspective en est aussi audacieuse qu'incertaine. Incertaine surtout parce que ce qui paraît désormais échapper à la compréhension est traité par des représentations — paradigme dit-on aujourd'hui — qui sont produites par une économie humaine qui n'existe peut-être déjà plus. Ne serait-ce pas là précisément une caractéristique d'une mutation ? Aussi la différence entre le *malaise* vécu jusqu'au vingtième siècle et le *mal-être* ressenti maintenant pourrait bien se dire en termes de *civilisation* : alors que la culture, occidentale en tout cas, est une manière de raconter, d'appriivoiser le tragique, elle n'a pas prise sur ce qui ne se raconte pas ; une telle vacance du sens rend l'esprit affolé, malade.

Dans l'organisation sociale qui s'étirole, qu'observe-t-on qui rende compte de cet affolement, d'une santé mentale qui se dégrade ? Depuis la fin du dix-huitième siècle, les discours de la démocratie ont assuré que les valeurs de liberté, d'émancipation, qui ne vont pas sans celle de solidarité, sont garantes d'une société juste. En réalité, la capacité d'assumer pour toute personne sa subjectivité ne se réalise que si son environnement humain garantit justement son droit à la subjectivité. La confiance, c'est-à-dire la reconnaissance par chacun de tout autre comme porteur de subjectivité, est une création collective. Or il se trouve que l'idée même de collectif, élément de base de la conception socialisante

de tout groupement humain, a été soumise, ces dernières cinquante années, à une extension telle qu'elle en perd sa signification ; on a pensé — ou laissé croire ? — que la « taille humaine » était extensible à la mesure d'un projet à prétention planétaire, c'est-à-dire que les limites spatiales s'estompaient dans une étendue sans fin. On constate maintenant qu'un espace mondialisé fragmente suffisamment le sentiment d'appartenance pour créer chez les individus un sentiment d'abandon : non seulement ils ne se reconnaissent plus les uns les autres, mais ils ne se reconnaissent plus eux-mêmes. Il est vraisemblable qu'une composante importante du désarroi mental des jeunes — et des moins jeunes ! — soit cet abandonnisme social qui est paradoxalement défendu parfois comme l'excellence de l'émancipation et l'exemple à suivre pour parfaire le « développement personnel » ; les jeunes, inévitablement et heureusement portés par la recherche d'un accomplissement, risquent alors d'être pris par l'illusion de l'effort solitaire sous l'effet duquel l'autorité s'estompe au profit du pouvoir personnel exalté par l'attrait du mérite. Une conception privative de l'individu est de fait une insidieuse invitation à la valse libertaire. Il apparaît que ce type de projet est très inégalitaire, car s'il réussit à quelques « chanceux » bien placés, c'est au détriment de la majorité à laquelle il est intrinsèquement hors de portée. L'actuelle expérience états-unienne, *Próspera*, dans l'île *occupée* de Roatan au Honduras en est un exemple inquiétant : « *Bienvenue à Vitalia. La ville où la mort sera optionnelle.* » En fait, non seulement une expérience de ce type participe d'un dangereux projet prométhéen, mais elle montre aussi que l'idée de nation, curieusement défendue farouchement par certains et rejetée dédaigneusement par d'autres, est trop souvent pensée dans des représentations simplistes, dépourvues d'authentiques marques d'appartenance, et qu'elle a perdu beaucoup de sa fonction de rassemblement et de protection.

Il existe ainsi une véritable et pressante interrogation à propos des *limites*. Celle-ci ne concerne pas que les territoires géographiques dans lesquels les « frontières » aident à préserver de l'égaré, mais aussi l'espace symbolique qui est tout autant vital pour la vie humaine. C'est le lieu de la création et de l'échange des valeurs qui donnent sens à l'existence ; cela est produit par la parole qui ne cesse de raconter les innombrables histoires qui constituent le récit social, matière première de toute expérience vécue — mythes et religions en sont les témoins irrécusables. Car il s'agit bien de se parler afin d'établir des règles qui favorisent et garantissent les accords sans lesquels dominent la défiance voire l'hostilité. À vrai dire, la liberté première consiste à se soumettre à l'ordre du pacte. Cela paraît aller de soi.

Cependant la part de plus en plus importante prise dans cet espace par le langage technologique affaiblit considérablement la possibilité de rendre « historiquement » lisibles les actions de la vie ordinaire. Sciences et techniques, desquelles on attendait la dilution des *croyances* — tragiques ou magiques — créent à présent une croyance nouvelle qui écrase l'idéal démocratique : la technologie, maintenant puissamment renforcée par l'automatisation généralisée et générative, fait croire qu'une solution au *malaise/mal-être* existe en dehors du champ socio-politique ; on a même annoncé, aux États-Unis, la fin de l'Histoire... Fin de l'Histoire, donc disparition du sens, destruction de la culture, évanescence du monde humain !

Quand on sait que la santé mentale de tout être humain est l'écho personnalisé de la dramaturgie sociale à laquelle il participe, on comprend que, surtout pour les plus jeunes, il devient de plus en plus difficile de se situer dans des lieux sans limites assignables, fluides, qui offrent de moins en moins d'objectifs à atteindre, faute de pouvoir imaginer une réalité désirable. La *communication* prenant la place de la *transmission*, la dystopie technocratique tend à transformer les citoyens-sujets en choses définissables par la statistique normative. De façon pernicieuse, la dévotion à la performance vient alors combler l'absence de perspective singulière, y compris à l'école, ce qui aboutit à gonfler le narcissisme de quelques-uns et à disqualifier durablement beaucoup d'autres. Par ailleurs cela dilue cette autre limite qui est celle de la temporalité : si le temps est le support lisse d'un spectacle permanent de prestations compétitives, aucune histoire, personnelle ou collective, ne peut se raconter, et les « narratifs », si chers aux commentateurs, sonnent le creux — cause toujours !

Le désordre général, l'importance en nombre et en intensité des conflits armés, la faiblesse voire l'incurie de maints gouvernements sont autant d'éléments de l'architecture globale du monde humain qui s'effritent et font craindre un « effondrement », c'est-à-dire la difficulté grandissante de penser la réalité humaine en termes d'ensemble organisé par la mémoire vivace de traces significantes, par la permanence de la transmission et par la prévalence du respect des règles sur l'exhibition des records. Cela aussi peut paraître aller de soi.

Et pourtant ! Il faut bien penser l'effondrement. S'il est vrai qu'il manifeste l'insuffisance mentale interdisant l'intelligibilité de la situation, doit-on alors chercher les raisons d'une telle incapacité de l'intelligence ? D'abord examiner ce que vaut l'idée de « gouvernance » mondiale. Comment ne pas apercevoir que les lieux d'autorité disparaissent progressivement au profit du développement des pouvoirs impérialistes qui n'ont à répondre de rien à personne ? Les doléances formulées par les jeunes de notre enquête s'adressent nommément à des instances nationales, leur donnant ce faisant une autorité qu'elles n'ont peut-être plus. Il faut rappeler que les « maîtres du monde global » ruinent celle-ci par le mépris des limites ; ils ignorent les difficultés et les souffrances que celles-ci provoquent, puisqu'ils ont le pouvoir d'administrer le souverain et généraliste remède technoscientifique censé repousser toutes limitations.

Ensuite, envisager que l'autorité nationale de chaque pays démocratique n'est guère plus qu'« emblématique » à défaut d'être opératoire parce qu'elle est lourdement affaiblie par l'hégémonie économique et militaire des empires. La mondialisation capitaliste a réalisé ce qui était prévisible : par un processus socio-économique logique, le couple démocratie-capitalisme ne pouvait manquer de se désunir à terme par l'écrasement de celle-là par celui-ci ; ce qui n'est pas évident certes, donc plus efficient, car c'est un processus ambigu par lequel le parasitisme destructeur finit par l'emporter sur le sympathique commensalisme des débuts, rejeton caché des menées colonialistes et d'exploitation.

Il faut par conséquent se replier sur les espaces locaux, ce qui se fait depuis longtemps mais qui est appelé maintenant à se développer largement, urgemment : fondations, associations, groupements, maisons départementales, ... tentent de recréer les conditions d'une vie sociale acceptable et féconde, en soutenant et sollicitant la part subjective de chaque personne accompagnée et en replaçant les limites. Ce *travail social* s'applique en priorité aux milieux familiaux et scolaires qui font partie essentielle de la genèse du *socius*.

C'est pourquoi il importe aussi de soutenir les instances départementales de la République, quand celles-ci savent conserver l'autorité attentive et bienveillante du Service public et maintenir ainsi une autorité *légale*.

Comment se détourner de la débauche compulsive du productivisme, dont les effets censés positifs ne touchent pas une part de plus en plus importante de la population, ce qui provoque le ressentiment et l'aliénation ? Comment passer outre les normes qui le soutiennent au profit des opérations relationnelles élémentaires qui font la substance même de toute société humaine — le *don*, le *contre-don*, la *dette*... ? Il n'est pas vain de se rappeler « *le je ne sais quoi* », « *le presque rien* » (V. Jankelevitch) ou « *l'élan vital* » (H. Bergson), formules de naguère un peu oubliées, et aussi le *désir* de la psychanalyse, inaudibles en termes de progrès technique mais qui, dans un retour aigu à l'actualité, renvoient précisément et fort à propos au *devenir* et à l'*intention* : prendre la mesure du temps afin que chacun, chacune puisse imaginer et placer les limites de la durée à son rythme et d'envisager sa propre finitude ; et puis entendre les attentes qui se réaliseront dans un projet personnel . Il faut rappeler à ce propos que le choix suppose toujours une limite alors que le culte de la *performance* produit l'illusion que tout est possible et sans borne « en mode libéral », illusion qui se transforme rapidement en perspective irréalisable donc angoissante.

\*

Il faut souligner que les actions d'aide et d'accompagnement se situent en un « point de bascule » de l'organisation sociale et il serait bon que leur éthique se développe largement au dehors de leur champ de compétences spécifiques. Les professionnels du travail social s'efforcent d'entreprendre ce que la société, dans son ouvrage ordinaire, fait mal ou ne sait pas faire — le *travail sociétal* en quelque sorte —, c'est-à-dire aller, en priorité, vers les personnes en difficulté ou à la dérive, celles qui sont les plus exposées aux effets démultipliés de l'économie forcenée mondialisée qui jettent la confusion jusque dans les situations locales, personnelles et institutionnelles. Pour ces personnes, la dissolution des limites est d'autant plus pernicieuse que le vide psycho-social qu'elle crée est souvent creusé encore davantage par l'absence d'avenir professionnel ou d'étayage scolaire. *La prévention spécialisée* approche au plus près ce que le lien qui tisse le social a de plus fragile et de plus discret en raison de sa quasi-« immatérialité » ; elle consiste en un accompagnement rapproché qui ne peut débiter que par *libre adhésion* afin que la rencontre initiale préfigure la suite d'un possible fragment d'*histoire de vie* — un attachement aussi débarrassé que possible des normes du vivre-ensemble contraint. Les convenances sont relativisées ; les usages, qui scandent le rythme de la vie sociale, sont recréés par le temps passé en commun à redessiner les espaces de vie — ouvrir les territoires parfois très fermés en les réglant à l'échelle des actions, notamment de « compagnonnage », et des sorties en groupe — ; l'évitement des conseils directifs pour laisser le temps à l'estime de soi de se renforcer ; les actions décidées et menées ensemble pour l'estime des autres ; en bref, faire naître ou consolider la confiance partagée, c'est-à-dire la conscience d'exister et le plaisir d'être soi avec d'autres, lesquels autres, dans un virtuel ensemble ouvert, fondent l'indispensable logique de la *dette* : trouver sa place suppose en effet la reconnaissance de ce qu'on doit aux autres — en acceptant la réciproque.

Les interventions conduites, par exemple, en milieu scolaire par *Citoyenneté Active Lorraine* ont pour objectif d'amener collégiens et lycéens à prendre librement la parole sur des questions relevant de la vie sociale et affective ; les adultes sont aussi peu interventionnistes que possible de sorte que la *libre écoute* et le franc-parler favorisent l'émergence des questionnements et des inquiétudes des jeunes. Ces interventions ont un caractère sans doute plus « civique » que celles des travailleurs sociaux ou même des enseignants en ce qu'elles attirent particulièrement l'attention sur l'incarnation républicaine des principes socio-économiques ou intellectuels retenus par le travail social et l'École : *liberté, égalité, fraternité* et, en indispensable complément, *laïcité* sont mises en débat à partir de représentations plus spontanées que celles qui sont requises dans un échange strictement scolaire. Lors d'une récente rencontre avec des collégiens et collégiennes d'un établissement des Vosges, quelques jeunes ont introduit la délicate distinction entre égalité et différence, en montrant l'aspect immédiatement contradictoire : une pensée politique peut bien se développer dans une discussion entre citoyens — soient-ils encore bien jeunes !

Quand il arrive que l'esprit démocratique devient inopérant vis-à-vis de certains pouvoirs économiques, instances nationales et doctrines populistes, un travail de compensation, sinon de recomposition, doit être envisagé au niveau même de l'assise du corps social, communément qualifiée de « défavorisée », « populaires »..., là où peut se penser plus librement et s'expérimenter, hors normes imposées, une vie sociale inventive, qui prévient l'exclusion. Est-il illusoire d'imaginer que de telles expériences locales, déjà nombreuses quoique modestes sur le marché médiatique, préfigurent les actions appelées à redéfinir le cadre d'une scène de société moins menaçante ? N'est-on pas obligé de faire le pari qu'elles sont seules capables de situer des limites de l'espace humain qui configurent un vivre-ensemble apaisé et qui sont indispensables au maintien de *l'ordre de la Loi* — dont l'absence rend malade ?

## ZINTE Patricia

### L'image de la schizophrénie et ses enjeux au regard de la citoyenneté

Je ne considère pas essentiel de retracer ici mon parcours, ni les batailles nombreuses que j'ai dû mener en tant que maman d'un jeune adulte vivant avec la schizophrénie depuis plus de dix ans. Les montagnes que j'ai escaladées, seule, en portant la douleur de mon fils, n'appartiennent qu'à notre histoire. J'ai simplement tenté, tant bien que mal, d'être à ses côtés, jour après jour, avec pour seul objectif de lui offrir un environnement paisible et digne. Mais aujourd'hui, ce n'est pas à cela que je veux consacrer mes mots. Je souhaite partager une réflexion qui résonne en moi avec une force particulière, parmi tant d'autres qui m'habitent.

Décrire la schizophrénie d'un point de vue clinique demeure une entreprise délicate. Cette maladie échappe souvent à toute définition véritablement précise. Les clichés et idées reçues sont si profondément ancrés qu'ils finissent par masquer sa réalité. Finalement, son invisibilité scientifique et l'imprécision sur ce qu'elle englobe laissent place aux stéréotypes dans l'imaginaire collectif. Pourtant, pour pouvoir lutter contre la stigmatisation, il faudrait d'abord s'armer des outils nécessaires à une bonne compréhension de cette pathologie.

Les mots deviennent alors cruciaux dans cette bataille. En effet, ils orientent la perception et la représentation sociale de la schizophrénie. Or, les médias ne jouent pas toujours le rôle de pédagogues : films, articles et spectacles d'humour associent encore trop souvent la schizophrénie à des figures violentes et effrayantes, comme celles des tueurs en série. Ces représentations biaisées nourrissent une vision fantasmagorique et sensationnaliste, absolument opposée à la réalité vécue par les personnes atteintes. Une maladie sévère, subie, où la maîtrise est rarement de leur côté.

Il m'arrive bien souvent d'être confrontée à ces approximations — ici une phrase dans un article de presse, là une blague dans un stand-up ou une image dans un film — et d'imaginer ce que l'auteur ou le créateur aurait pu dire ou montrer autrement pour éviter de renforcer les préjugés. Ce réflexe me fait espérer qu'il est possible d'adopter des mots plus justes et des représentations plus nuancées.

Les médias jouent un rôle déterminant puisqu'ils influencent en profondeur l'opinion publique et, par extension, l'inclusion sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques. Une société mieux informée serait davantage disposée à ouvrir les portes de la citoyenneté à ces jeunes fragilisés et à considérer leur santé mentale comme une priorité collective. La stigmatisation en place constitue un obstacle non négligeable au développement de politiques publiques adaptées aux réalités de ces maladies.

C'est pourquoi il me semble impératif d'encourager une action concertée sur plusieurs fronts. Tout d'abord, le corps médical doit davantage se mobiliser pour expliquer au grand public ce qu'implique cette pathologie : ses manifestations, ses traitements possibles, et surtout les perspectives qu'elle offre le rétablissement. Dans le même temps, il est tout aussi crucial que les personnes concernées et leurs familles témoignent. Mettre un visage sur ces combats quotidiens contribue à humaniser la maladie et à démystifier certaines idées reçues.

Mais peut-être plus urgent encore est le besoin de sensibiliser les journalistes à leur rôle dans la construction de l'imaginaire collectif. Ils possèdent le pouvoir d'influencer les mentalités à travers leurs récits. Leur engagement en faveur d'un discours moins stigmatisant pourrait marquer un tournant pour offrir une représentation plus juste et plus humaine des troubles psychiques.

Pour moi, parmi les valeurs fondamentales de la citoyenneté figurent la civilité, la solidarité, l'intégrité, la tolérance et le respect du vivre-ensemble. Aborder les questions de santé mentale dans cette optique créerait sans doute un climat propice à des échanges plus apaisés et constructifs.

Car, comme ce grand homme moi aussi « j'ai fait un rêve » :

Que dans chaque ville et village de France existe un lieu nommé "Place de la Citoyenneté", où chacun pourrait se rassembler quelles que soient ses différences. Un espace où l'on célébrerait collectivement la diversité humaine comme une richesse plutôt qu'un obstacle.

A toi mon fils que j'aime tant

Ta maman

## RAPPORT D'ENQUÊTE

### *Evalue ta santé mentale*

## Diagnostic de la santé mentale des jeunes sur le territoire du Haut-Rhin

Enquête réalisée et coordonnée par les Missions Locales de Colmar, Mulhouse (Sémaphore), Thur Doller et Saint-Louis Altkirch

Février 2026

## Contexte de l'enquête

Face à la reconnaissance et l'importance grandissantes de la prise en charge des questions de santé mentale ces dernières années, de nombreuses enquêtes sont régulièrement réalisées sur le sujet. La santé mentale des jeunes en particulier est étudiée, et les récents résultats (comme de l'enquête de la DRESS en mai 2025<sup>1</sup>) sont sans appel : les jeunes ont une santé mentale fragile et font face à de nombreuses difficultés au quotidien.

Au sein des Missions Locales, acteurs centraux dans l'accompagnement des jeunes, cette fragilité se répercute sur les accompagnements ; les parcours sont plus difficiles à mettre en place, et les jeunes expriment un réel besoin d'aide. Dans ce contexte, la Mission Locale de Colmar a élaboré un questionnaire visant à mieux comprendre les fragilités et besoins en santé mentale des jeunes de son territoire, ce afin de pouvoir proposer un accompagnement adapté. Cette démarche a lancé une impulsion au niveau départemental : l'ensemble des Missions Locales du Haut-Rhin ont décidé de se coordonner afin de diffuser cette même enquête sur les différents territoires, et ainsi pouvoir réaliser un état des lieux de la santé mentale des jeunes accompagnés en Mission Locale à l'échelle départementale.

## Déploiement

L'enquête, intitulée « *Évalue ta santé mentale* », a été diffusée par les différentes Missions Locales du Haut-Rhin : Colmar Centre Alsace, Thur Doller,

---

<sup>1</sup> Jean-Baptiste Hazo (DREES) (2025, mai). Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et

Sémaphore (Mulhouse), et Saint-Louis Altkirch. L'enquête était accessible via un QR Code, diffusé et partagé dans les Missions Locales, qui renvoyait directement au questionnaire réalisé sur Microsoft Form. Les questions posées concernaient le profil des jeunes (genre, âge, niveau de diplôme, bénéficiant ou non d'une RQTH...), leur bien-être général (moral moyen, dépression, troubles du sommeil, tentatives de suicide, scarifications), leur vécu de harcèlement et violences, leurs habitudes de consommation et activités quotidiennes, ainsi que les situations leur générant du stress.

Les résultats présentés ici ont été récoltés sur la période allant de septembre 2025 à janvier 2026.

## Résultats

Au total, 568 jeunes ont répondu à l'enquête sur l'ensemble du territoire du Haut-Rhin. Parmi eux, 240 sont rattachés à la Mission Locale de Colmar, 226 à celle de Saint-Louis Altkirch et 102 à celle de Mulhouse.

## Profil socio-démographique

Parmi les jeunes ayant participé, plus de la moitié (58 %) sont des femmes, et 18 % d'entre eux sont mineurs. Au niveau des qualifications, 10

% des jeunes possèdent une RQTH<sup>2</sup>, et 60 % ont un niveau d'études inférieur au bac, dont 17 % ne possèdent aucun diplôme (*Figure 1*).

des discriminations subies. Études et résultats, 1340.

<sup>2</sup> Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

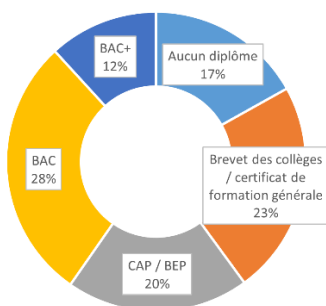


Figure 1 : Répartition du dernier diplôme obtenu par les jeunes (en %)

## La santé mentale des jeunes, des données inquiétantes

En moyenne, les jeunes évaluent leur moral à 5.96/10, un chiffre globalement bas qui traduit un quotidien difficile pour eux. En explorant plus en détail la question, nous nous rendons compte que les problématiques et manifestations du mal-être sont fréquentes.

Parmi les jeunes, 63 % expriment s'être sentis déprimés au cours de l'année passée, et 60 % déclarent souffrir de troubles du sommeil (insomnie, cauchemars, sommeil décalé).

Ce mal-être est parfois exprimé à travers des actions ; presque un tiers des jeunes (32 %) s'est déjà scarifié, et un quart (26 %) a fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Sur notre territoire, la problématique de la santé mentale est donc un véritable enjeu, et à ces difficultés de sommeil ou de dépression viennent s'ajouter un vécu difficile, qui alimente le mal-être ambiant.

Sur l'ensemble du département, près de la moitié des jeunes des Missions Locales expriment avoir des vécus de harcèlement (48 %) et violences (51 %). Au niveau du harcèlement (Figure 2), le domaine scolaire est le plus cité (37 %), suivi du harcèlement moral (15.5 %). Bien que les jeunes soient très connectés aux réseaux sociaux, le cyberharcèlement est la forme de harcèlement la moins citée (8.5 %).

Du côté des violences (Figure 3), ce sont les formes psychologiques ou morales qui sont les plus citées (32 %), suivi de près par les violences verbales (29 %). Les violences sexuelles sont les moins citées (14.6 %).

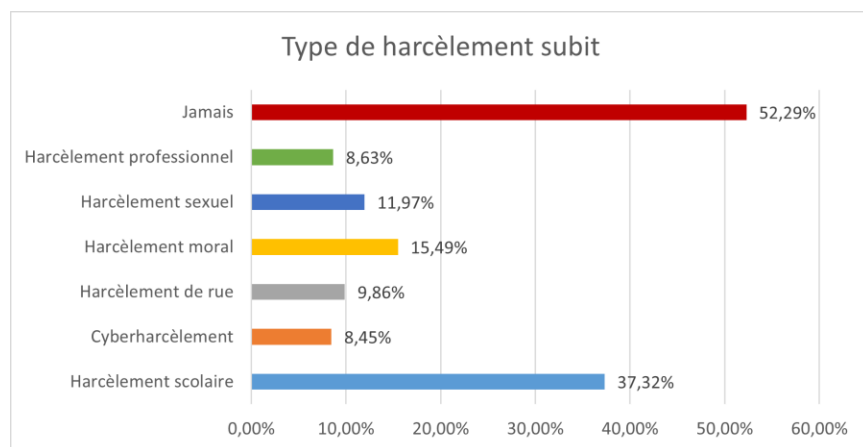


Figure 2 : Représentation graphique du type de harcèlement subi par les jeunes (en %)

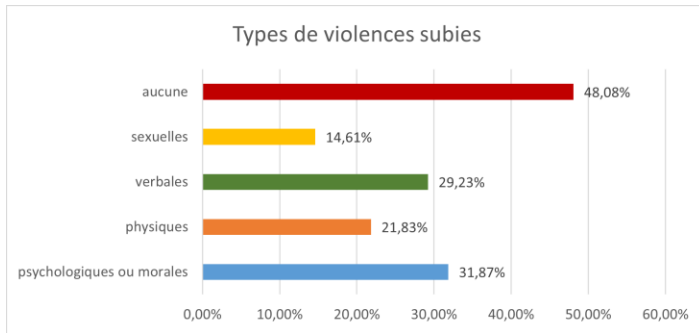


Figure 3 : Représentation graphique du type de violence subi par les jeunes (en %)

### Les répercussions du mal-être : entre consommation et inactivité

Cet important mal-être et le vécu difficile des jeunes se répercutent sur leurs comportements de consommation et sur leurs activités quotidiennes.

Du côté des consommations, un tiers des jeunes (35 %) déclare avoir consommé régulièrement un produit addictif au cours des 6 derniers mois. Au-delà de l'alcool (consommé régulièrement par 26 % des jeunes), les tranquillisants et antidépresseurs sont les produits les plus consommés (13 %), suivis par le cannabis (11 %). Les autres produits comme le LSD, la cocaïne ou le gaz hilarant sont très peu consommés (Figure 4).

Pour ce qui est des activités quotidiennes (Figure 5), les écrans sont l'occupation principale d'une grande majorité de jeunes : 69 % d'entre eux passent leurs journées sur les écrans ou les réseaux sociaux. Un élément positif à noter est que presque la moitié des jeunes (47 %) entretient ses liens sociaux en passant du temps avec sa famille ou ses amis.

Cependant, nous remarquons l'effet des troubles du sommeil et d'un rythme décalé pour certains jeunes, car 36 % d'entre eux passent leurs journées à dormir. De plus, on remarque que 16 % des jeunes ne font rien de leurs journées. Ce manque d'activité et la sédentarité de ces jeunes appuient les observations de mal-être ambiant effectuées dans cette enquête.

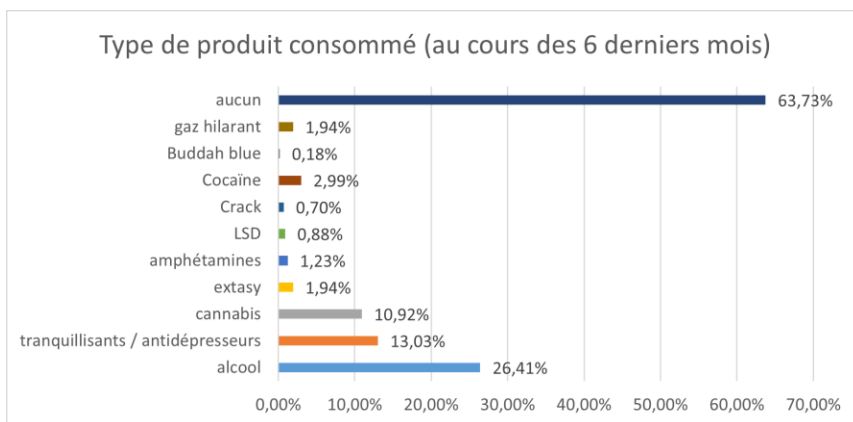


Figure 4 : Représentation graphique du type de produit consommé par les jeunes au cours des 6 derniers mois (en %)

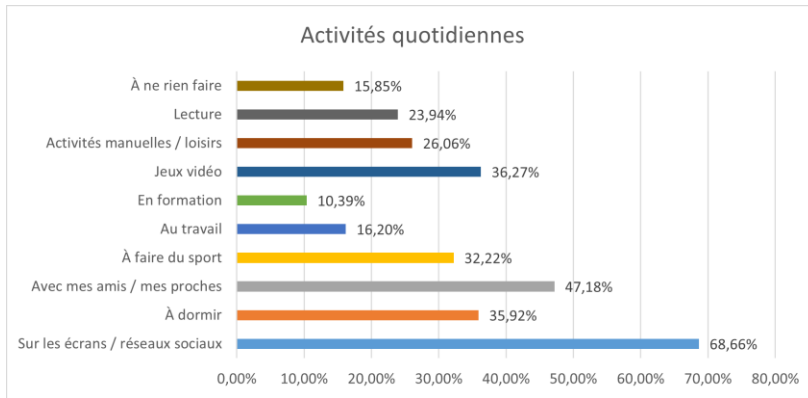


Figure 5 : Représentation graphique des activités quotidiennes des jeunes (en %)

## Le stress : un enjeu majeur

Pour comprendre les difficultés précises des jeunes, une question de l'enquête les interrogeait sur les situations qui leur génèrent du stress.

Dans leurs réponses (Figure c), les jeunes citent majoritairement un stress engendré par la prise de parole en public (58 %) ou, pour la moitié d'entre eux, face à l'intégration d'un nouveau groupe (49 %). La question de l'anxiété sociale semble donc être un frein quotidien majeur pour les jeunes, qui éprouvent une grande difficulté à initier du lien ou à s'imposer en société.

À cette difficulté vient s'ajouter un stress face à la projection dans l'avenir (44 %). Envisager le futur pour des jeunes avec un mal-être important, en décrochage scolaire, en recherche d'emploi ou

simplement à la recherche de leur voie est un motif de stress important, et légitime.

## Ce que les jeunes demandent à la Mission Locale

Au-delà des demandes d'aide pour trouver un emploi ou une formation, les jeunes ayant répondu à l'enquête souhaitent être accompagnés au niveau psychologique, face au stress, pour gagner en confiance en eux, et avoir une personne disponible pour les écouter et les aider dans leurs démarches. L'accompagnement attendu par les jeunes au sein des Missions Locales n'est plus simplement ciblé sur l'emploi, mais aussi sur le quotidien, la santé et le social.

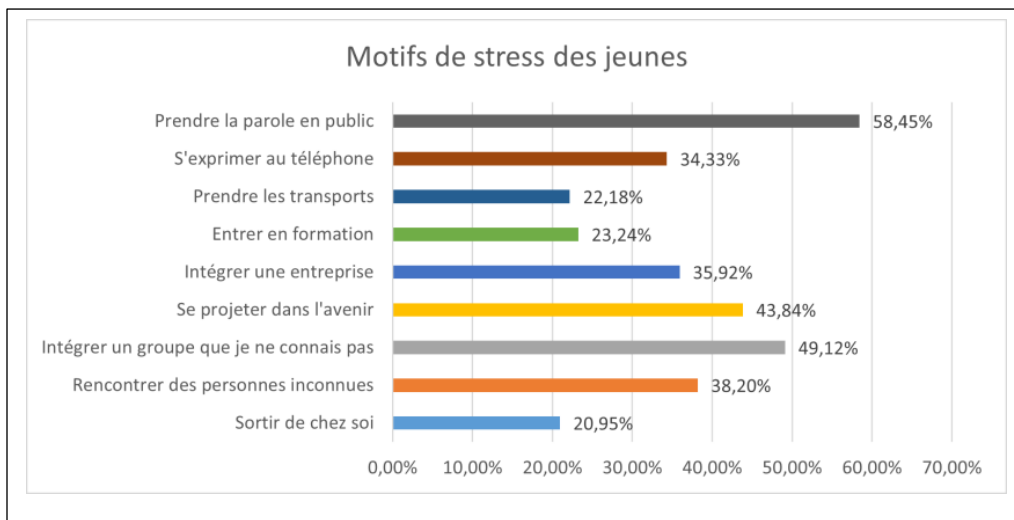


Figure c : Représentation graphique des motifs de stress des jeunes (en %)

## L'enjeu de la démographie : les différences notables entre les 3 territoires

En comparant les réponses données en fonction de la mission locale de rattachement, nous pouvons relever quelques différences de profil entre les jeunes des 3 territoires.

Ces différences s'observent notamment au sein du territoire Mulhousien qui se distingue de ceux de Colmar et Saint-Louis Altkirch : ces jeunes possèdent le meilleur niveau de bien-être du département, leur moral moyen étant de

6.67/10 (contre 5.98/10 à Colmar et 5.25/10 à Saint-Louis Altkirch). Au-delà d'un meilleur moral, les jeunes de Mulhouse sont moins nombreux à s'être scarifiés qu'ailleurs (1 jeune sur 5 contre un tiers dans les autres Missions Locales) ou à avoir fait une tentative de suicide (20 % contre 27 % sur les autres territoires). Le taux de harcèlement est également plus faible chez ces jeunes (un tiers contre la moitié dans les autres Missions Locales), mais c'est ici que l'on retrouve le plus de harcèlement professionnel (10 % des jeunes). Finalement, les jeunes du territoire Mulhousien consomment peu de produits addictifs, seuls 27 % des jeunes contre 37 % dans les autres territoires.

Être jeune dans le territoire de Mulhouse semble donc permettre d'avoir un meilleur niveau de bien-être que dans la région de Colmar ou Saint-Louis Altkirch, puisque les jeunes interrogés témoignent de moins de difficultés.

Du côté des 2 autres territoires, les données récoltées montrent que les jeunes de Colmar et Saint-Louis Altkirch ont un profil similaire avec des difficultés et un vécu équivalent.

Cependant, au-delà des similitudes entre ces deux territoires, l'enquête montre que les jeunes de Saint-Louis Altkirch sont ceux qui témoignent du plus de problématiques ; la dépression, les troubles du sommeil, les scarifications et tentatives de suicide, ainsi que les vécus de harcèlement et de violences sont plus élevés chez les jeunes de ce territoire plus rural.

Chez les jeunes de Colmar, un élément à noter est qu'ils sont ceux qui consomment le plus de variété de produits addictifs (16 produits cités).

Si l'on se penche sur les motifs de stress principaux des jeunes, nous constatons que pour les 3 territoires, l'inquiétude principale des jeunes est de prendre la parole en public. Cependant, le deuxième motif principal de stress change : pour les jeunes du territoire Mulhousien, il s'agit de se projeter dans l'avenir, tandis que les jeunes de Colmar et de Saint-Louis Altkirch stressent davantage pour intégrer un nouveau groupe.

La différence de contexte et de vécu entre les jeunes des territoires impacte fortement leur bien-être et les thématiques d'inquiétudes qui sont liées à leurs problématiques, avec d'un côté une inquiétude face à la création de lien avec d'autres personnes, et de l'autre l'anticipation de son propre avenir.

## Résumé

Malgré quelques différences notées entre les territoires (principalement celui de Mulhouse), il ne fait aucun doute que la santé mentale est un enjeu crucial sur le territoire du Haut-Rhin.

Une grande majorité des jeunes fait face à des problématiques de dépression et troubles du sommeil, problématiques pouvant être aggravées par les vécus de harcèlement et violences qui sont des difficultés particulièrement présentes au sein de la Mission Locale Saint-Louis Altkirch. Certains jeunes tentent d'exprimer ou d'échapper à ce mal-être, au travers de scarifications ou parfois de tentatives de suicide.

Face à ces difficultés, les jeunes demandent aux Missions Locales de les aider, de les écouter et les soutenir en leur proposant un accompagnement, une orientation et des activités spécifiques de prévention pour limiter les risques et prévenir le mal-être.

# Santé Mentale Étudiante : Bilan d'Impact du Dispositif de Proximité MDA

Évaluation de la stratégie « Aller-vers » au sein de  
l'Université de Lorraine et des Écoles d'Ingénieurs.  
Automne 2023 | Maison des Adolescents – OHS de Lorraine

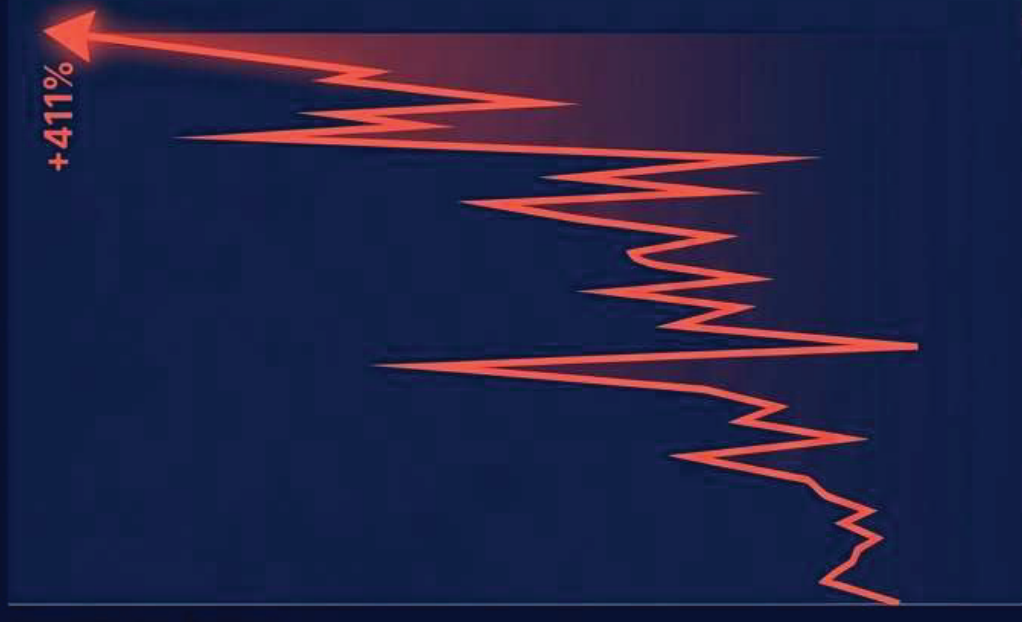
# +411%

**Hausse des passages aux urgences pour idées suicidaires chez les jeunes dans le Grand Est (comparatif pré/post-COVID).**

**+34% d'augmentation enregistrée sur la seule année 2023.**

**Le système de soins classique est saturé et échoue à intercepter la détresse en amont de la crise aigüe.**

PASSAGES AUX URGENCES



PRÉ-COVID

POST-COVID / 2023

**38%** envisagent d'arrêter leurs études en raison de leur mal-être psychologique.

**57%** estiment que leur santé mentale impacte directement leur réussite académique.

**60%** des étudiants présentent une détresse psychologique (1 sur 3 avec symptômes dépressifs ou anxieux).

**La vulnérabilité psychologique n'est plus un sujet périphérique : elle est devenue le premier facteur de risque pour le décrochage académique.**

**Étudiants en  
détresse  
silencieuse**  
(Isolement, pression,  
précarité)

## **Les Freins au Recours aux Soins :**

**Peur de la stigmatisation  
et tabou**

**Méconnaissance des  
dispositifs de droit commun**

**Éloignement géographique  
des structures de soins**

**Manque de temps lié  
au rythme académique**

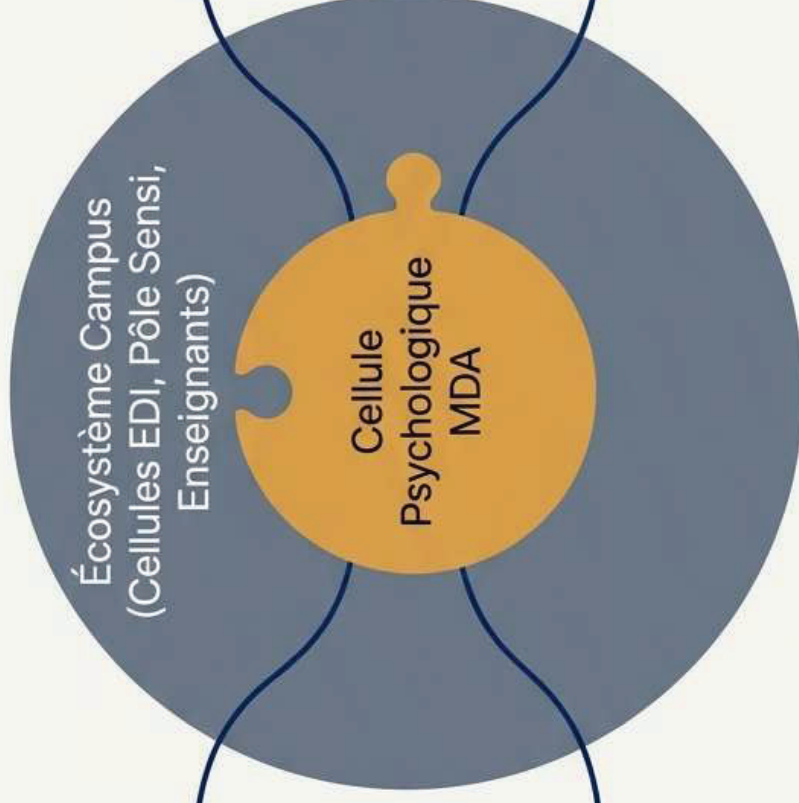
**Structures de  
soins saturées  
et distantes**

**Le Paradoxe : Des besoins massifs, mais un recours aux soins critique  
insuffisant en raison d'un modèle d'accès inadapté aux contraintes étudiantes.**

## Le changement de paradigme : la logique d'aller vers

**In Situ**  
Permanences  
directement au cœur  
des écoles  
(OHS Lorraine).

**Zéro Frein**  
Consultations gratuites,  
sans avance de frais.



**Confiance**  
Anonymat garanti,  
prise de rendez-vous  
directe.

**Expertise**  
Présence d'une  
psychologue et d'une  
médiatrice sociale.

**Le soin ne recrute plus, il s'intègre.**

## Bilan Opérationnel : L'Appel d'Air à Mines Nancy

22

Étudiants  
accompagnés

112

Consultations  
réalisées

**Indicateur de Confiance — Saturation rapide du dispositif et création immédiate d'une liste d'attente.**

La liste d'attente prouve la libération de la parole. Le dispositif a su capter un public vulnérable qui serait resté dans l'angle mort du système traditionnel (3 orientations directes vers la psychiatrie pour des cas critiques).

## Bilan Opérationnel : La Massification (Pôle ENSG-ENSEM-ENSAIA)

30

Étudiants  
accompagnés

120

Consultations  
réalisées

**Validation du Modèle — Forte adhésion et reproductibilité confirmée au sein d'un regroupement d'écoles d'ingénieurs distinctes.**

Le modèle n'est pas dépendant d'un écosystème unique ; il est adaptable, transférable et évolutif à l'échelle d'un pôle multi-établissements.



O +411%

## Aucun recours aux urgences psychiatriques.

Pour l'ensemble de la cohorte suivie sur le pôle ENSG-ENSEM-ENSAIA,  
l'intervention précoce a **totallement désamorcé** les crises aiguës.

Face à une hausse régionale de 411% des urgences suicidaires, le bouclier MDA prouve son efficacité vitale. Ce n'est plus seulement du bien-être, c'est de la prévention de crise vitale.

# Matrice d'Impact : Les Trois Piliers du Succès



## Le Bouclier

Prévention Sanitaire  
Effet préventif réel et mesurable.

Désamorçage des situations de crise avant le point de rupture (0 urgence).



## La Poignée de Main

Accessibilité et Confiance  
Dédramatisation du soin psychologique.

Validation totale de la logique organisationnelle d'Aller-Vers pour contourner la peur de la stigmatisation.



## L'Engrenage

Soutien Académique  
Sécurisation des parcours de vie étudiants.

Maintien de la capacité d'apprentissage et lutte directe contre le décrochage.

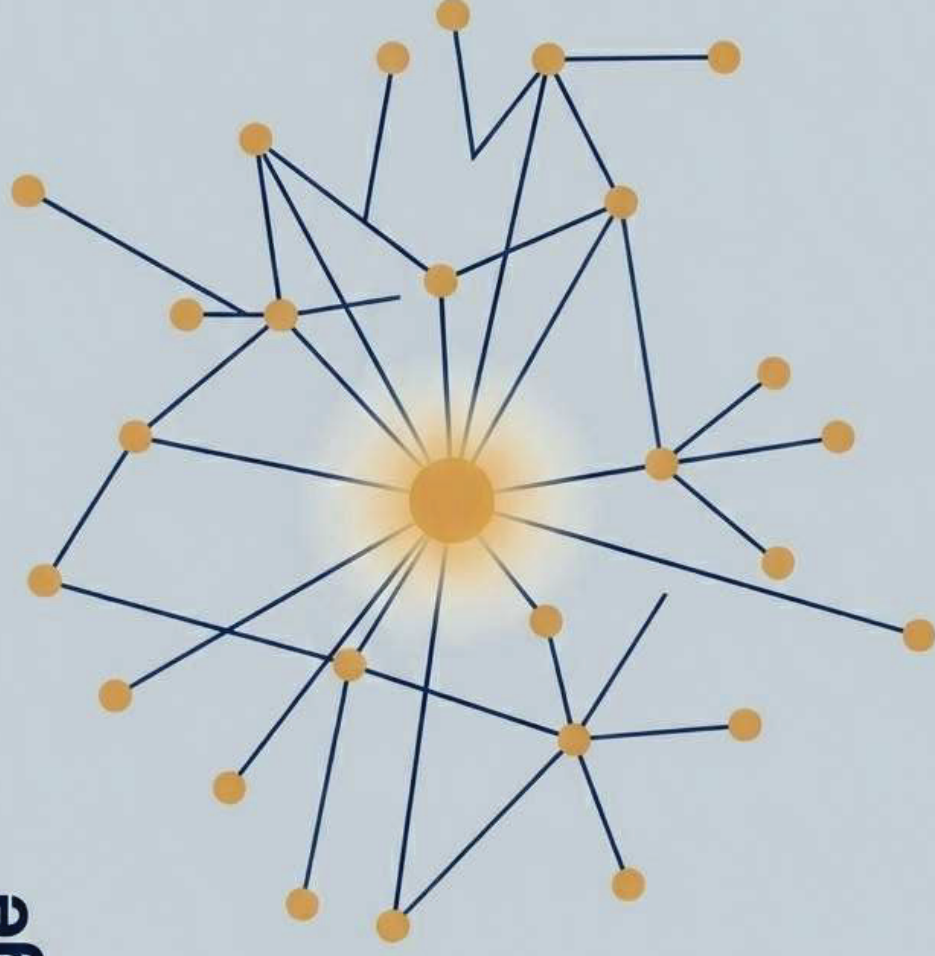
# L'Évidence de l'Essaimage

D'une expérimentation réussie à un standard territorial.

Le modèle de permanence de la Maison des Adolescents est une innovation organisationnelle mature. Il répond parfaitement aux priorités de l'ARS Grand Est et des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

La généralisation du dispositif « Aller-Vers » aux autres établissements (Universités, IAE, Écoles de Commerce) n'est plus une option, c'est un **impératif de santé publique**.

**Protéger la réussite, c'est d'abord protéger la santé.**





# La contribution de la Mutualité Française sur *la Santé mentale*

Face à une crise inédite, une prise de  
conscience et des changements nécessaires



MUTUALITÉ FRANÇAISE

# Santé mentale

## 10 propositions

### 3 AXES

*Pour contribuer au nécessaire débat public en faveur de la santé mentale, la Fédération nationale de la Mutualité Française formule 10 propositions, construites en déclinaison des trois axes de sa contribution au Ségur de la santé*





## Développer une culture de la santé mentale pour renforcer les compétences psychosociales et améliorer la détection des troubles

### CHIFFRE CLÉ

*L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques est réduite de 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés<sup>1</sup>.*



Pour faire face à une situation qui se dégrade régulièrement, la santé mentale, comme les autres composantes de l'état de santé global, doit être au cœur d'une politique de santé publique puissante et transversale qui s'appuie sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs : services de protection maternelle et infantile, écoles, universités, employeurs, assurance maladie, mutuelles, etc.

L'enjeu fondamental est de détecter et prévenir les premiers signaux des troubles ou désordres mentaux pour éviter qu'ils ne s'installent et que la maladie ne devienne chronique.

Par ailleurs, la place du patient et des familles est primordiale dans la prise en charge ; ils doivent être impliqués dans les modalités de soins et de parcours.

**C'est pourquoi la Mutualité Française considère qu'il convient de :**



**Développer des actions de sensibilisation et de communication** à destination du grand public notamment auprès des jeunes pour :

- **déstigmatiser les troubles mentaux.** En matière de santé mentale, d'importants préjugés sociétaux génèrent encore souvent de la honte voire du déni face aux symptômes, engendrant retards dans le dépistage et la prise en charge et aboutissant parfois à la marginalisation des personnes. Il est donc indispensable que soit développée une approche positive de la santé mentale et que la nécessité de soins précoces et les perspectives de rétablissement soient mises en avant. Cette approche doit aussi passer par l'inclusion scolaire des enfants et adolescents

<sup>1</sup> « Santé mentale : faire face à la crise », Institut Montaigne, déc. 2020



- **Aider les populations à identifier des signes** de mal-être pour que la détection soit la plus précoce possible en favorisant par exemple le déploiement des formations de premier secours en santé mentale en milieu professionnel. L'identification de signaux précurseurs d'une « crise » doit de plus contribuer à limiter les hospitalisations sous contrainte.
- **Expliquer les rôles et qualifications des différents intervenants** autour des problématiques de santé mentale pour faciliter l'orientation dans le système de soins et l'efficacité de la prise en charge. Ce décryptage doit permettre d'apporter les réponses aux questions que se posent les patients et leur entourage : « *qui consulter, à qui en parler ?* ».



## **Organiser un dépistage précoce des troubles psychiques dans le cadre du parcours de soins des enfants et adolescents en renforçant les services de médecine préventive et de promotion de la santé**

(services de protection maternelle et infantile, services de médecine scolaire et universitaire, services de la médecine du travail) en repensant et en revalorisant l'exercice de leurs missions. Ces services de médecine doivent être considérés comme un investissement en allouant les moyens humains et financiers nécessaires à leur bon fonctionnement, en formant les professionnels y exerçant à la détection des troubles psychiques et à l'orientation pour leur prise en charge et enfin en valorisant ces filières auprès des étudiants de médecine et/ou en soins infirmiers.



## **Renforcer les compétences psychosociales**

(la gestion du stress, la régulation des émotions, la gestion des conflits, etc.) en développant des programmes de prévention. Ces derniers sont particulièrement recommandés pour les parents car ils agissent sur les relations et les interactions avec leurs enfants. Ils sont aussi essentiels pour soutenir le développement des compétences socio-émotionnelles des enfants. Cette approche doit être déployée le plus largement possible auprès des professionnels intervenant à tous les âges de la vie et dans tout type de situations : secteurs de la petite enfance, du handicap et des personnes âgées, de l'éducation nationale, du sport, de la justice, de la police...

En complément, l'approche psychoéducatrice doit être développée pour soutenir l'entourage d'une personne souffrant de troubles mentaux. Une formation en ce sens doit être systématiquement proposée par l'équipe soignante pour permettre aux familles de mieux comprendre la maladie et mieux accompagner et communiquer avec leur proche. Des ré-hospitalisations peuvent être évitées et la santé des proches-aidants préservée.

Les outils numériques peuvent utilement être mobilisés pour mettre en oeuvre ces propositions.



## AXE 2

### **Faciliter l'accès aux soins** en organisant une prise en charge graduée adaptée à la sévérité des troubles du patient et à l'offre sur le territoire et en intégrant les psychologues dans le parcours de soins.

La santé mentale est l'angle mort du système de santé avec une offre insuffisante et cloisonnée, un manque de lisibilité et de fortes disparités territoriales. Les urgences psychiatriques sont saturées, les diagnostics trop souvent tardifs et les inégalités d'accès aux soins augmentent. Le déficit et le retard de prise en charge sont particulièrement criants pour les personnes détenues ou en situation de grande précarité, notamment celles sans domicile fixe ou les demandeurs d'asile.

La diversité des besoins selon la nature des troubles conduit la Mutualité Française à proposer une réponse graduée selon qu'ils sont "sévères", nécessitant alors des parcours complexes, ou "modérés", ce qui concerne un tiers de la population. En cohérence avec ses propositions émises dans le cadre du Ségur de la santé, la Mutualité Française préconise l'intégration de la santé mentale dans une offre de 1<sup>er</sup> recours pour déstigmatiser la maladie et favoriser une entrée dans le soin rapide, en proximité et adaptée.

**Aussi pour la Mutualité Française, il conviendrait de :**

#### **Favoriser l'émergence de nouveaux métiers et développer des protocoles de coopération entre professionnels**

pour disposer du temps nécessaire à l'accompagnement des patients au quotidien ou/et dans la durée. La formation des infirmiers en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale doit être soutenue et l'exercice de ces professionnels de santé accompagné, notamment en ville.

Le recrutement des pair-aidants, patients experts qui accompagnent les patients atteints de troubles psychiques en utilisant leur expérience d'usager de services de santé mentale, via la transmission du savoir-faire et du savoir être, est une initiative à valoriser, y compris en augmentant le nombre de places aux formations de « médiateur santé pair ».





## Organiser une gradation et une coordination des soins

adaptées à la sévérité des troubles du patient et à l'offre sur le territoire :

- **1<sup>er</sup> niveau** : soins primaires avec le médecin généraliste traitant en coordination avec un psychologue et/ou un infirmier en pratique avancée en santé mentale pour traiter des troubles légers à modérés. Pour que la détection soit plus précoce et la prise en charge la mieux adaptée, les médecins généralistes doivent être formés et dotés d'outils d'aide au diagnostic et d'évaluation. Cette prise en charge de 1<sup>er</sup> niveau permettrait de « soulager » les structures spécialisées telles que les centres médico psychologiques de secteur.
- **2<sup>e</sup> niveau** : en cas de troubles plus sévères, orientation du médecin généraliste vers une prise en charge psychiatrique de ville s'inscrivant dans le cadre d'un accompagnement pluriprofessionnel.
- **3<sup>e</sup> niveau** : une prise en charge hospitalière de secteur public ou privé et/ou médico-sociale à temps complet, en hôpital de jour ou en ambulatoire en fonction des besoins dans le cas de troubles psychiques sévères. Les centres de crises ne doivent être mobilisés que pour les troubles les plus sévères. Afin de pallier les carences dans la prise en charge hospitalière et en ville des enfants et adolescents, il est donc nécessaire de s'assurer que le cursus initial de psychiatrie intègre une formation spécifique en pédopsychiatrie pour garantir des soins adaptés aux troubles mentaux de l'enfant sur l'ensemble du territoire.

Cette prise en charge graduée doit aussi contribuer à améliorer la pertinence de la prescription des psychotropes. Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et le dossier médical partagé (DMP) constituent pour la Mutualité Française des outils indispensables pour renforcer la collaboration entre les acteurs d'un territoire et articuler ainsi les interventions respectives des différents niveaux.



## Encourager le développement des résidences d'accueil

La période post-hospitalisation en psychiatrie reste un point crucial pour soutenir le rétablissement ou la stabilisation de l'état de santé du patient. Faute de structures ou d'organisations adéquates, les patients doivent souvent rester à l'hôpital, sans réel motif sanitaire au détriment de leur insertion sociale. Faciliter une sortie accompagnée via les résidences accueil favoriserait cette insertion en libérant des places en hospitalisation complète. C'est pourquoi il faut encourager le développement de ces structures qui permettent une plus grande autonomisation des patients.



## Accompagner et prendre en charge les personnes en situation de grande précarité sociale

Selon une étude francilienne, un tiers des personnes sans logement souffre de troubles psychiatriques sévères et 40% chez les 18-25 ans<sup>2</sup>. Il est donc nécessaire de mettre un accent particulier sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de grande précarité sociale en développant les équipes mobiles de psychiatrie précarité et en formant les professionnels comme les travailleurs sociaux et les bailleurs sociaux à l'approche psychoéducatrice.

Les migrants, particulièrement ceux qui viennent de zones de conflits, peuvent aussi souffrir d'un stress post-traumatique. C'est pourquoi un bilan psychiatrique doit être proposé à tout demandeur d'asile. Par ailleurs, dans la mesure où, plus de la moitié des personnes détenues en prison ont un antécédent de troubles psychiatriques<sup>3</sup>, cette proposition vaut également pour les personnes détenues en milieu carcéral. Si ce bilan concluait à la nécessité de soins, leur prise en charge doit être facilitée grâce à des moyens supplémentaires et s'inscrire dans le temps, au-delà du dispositif d'urgence ou de la sortie de prison.

<sup>2</sup> Étude Samenta (SANTé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens) par ARS Ile de France, Observatoire sur Samu social de Paris, Institut de veille sanitaire et INSERM. Données 2009

<sup>3</sup> Évaluation de plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires. 2015



## Améliorer l'accès financier aux soins

### CHIFFRE CLÉ

*Selon une étude récente<sup>4</sup>, pour les patients souffrant de troubles dépressifs, 1 € investi par la collectivité dans la psychothérapie générerait une économie de 1,95 €, et pour les patients souffrant de troubles anxieux une économie de 1,14 €.*

La mise en place de la prise en charge graduée décrite précédemment implique des mesures adaptées en faveur du financement des soins et du reste à charge des patients.

**C'est pourquoi la Mutualité Française porte les propositions suivantes :**



### Étudier avec les pouvoirs publics, l'assurance maladie obligatoire et les professionnels les conditions et modalités d'une prise en charge pérenne des consultations de psychologues.

L'apport des psychothérapies dans la prise en charge des troubles mentaux légers à modérés, en substitution ou complément des thérapeutiques médicamenteuses, n'est plus à démontrer. L'absence de remboursement constitue néanmoins un frein important à la mobilisation à bon escient des compétences de chacun des intervenants. C'est pourquoi la Mutualité Française propose d'engager une réflexion avec les pouvoirs publics sur les modalités et conditions de prise en charge des psychothérapies. Elle pourra utilement s'appuyer sur les enseignements de l'initiative prise par les organismes complémentaires d'assurance maladie en 2021 de rembourser 4 séances de psychologues et des expérimentations pilotées par la CNAM ou menées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

<sup>4</sup> Dezetter et al. (2013), "Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders", The Journal of Mental Health Policy and Economics. Repris par Cour des Comptes, 2020, « Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie ».



## **Plafonner le tarif des chambres particulières et reprendre la discussion sur la forfaitisation du reste à charge à l'hôpital.**

Selon une étude de la DREES<sup>5</sup>, en 2016, le reste à charge moyen pour les séjours en psychiatrie dans le secteur public atteint 620 € par patient par an, contre 290 € en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique). Un écart similaire est observé dans le secteur privé.

Cela s'explique par la durée de séjour fréquemment longue voire très longue (un an ou plus dans un tiers des cas), les cas d'exonération du forfait journalier moins nombreux et l'absence de plafonnement de ce dernier. C'est pourquoi, pour limiter les reste à charge des hospitalisations de longue durée, que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé, la Mutualité Française considère qu'il faut d'une part plafonner le tarif des chambres particulières et d'autre part reprendre les discussions sur la forfaitisation du reste à charge à l'hôpital.

Le tiers payant est un levier puissant pour faciliter l'accès aux soins, c'est pourquoi la Mutualité Française propose de développer le dispositif de Remboursement des organismes complémentaires (ROC) dans les établissements de santé psychiatriques, à l'instar de ce qui est prévu pour le MCO (contrat unique de tiers payant, dématérialisation de la lecture de l'attestation de tiers payant, interrogation des droits en ligne et processus de facturation automatisé).

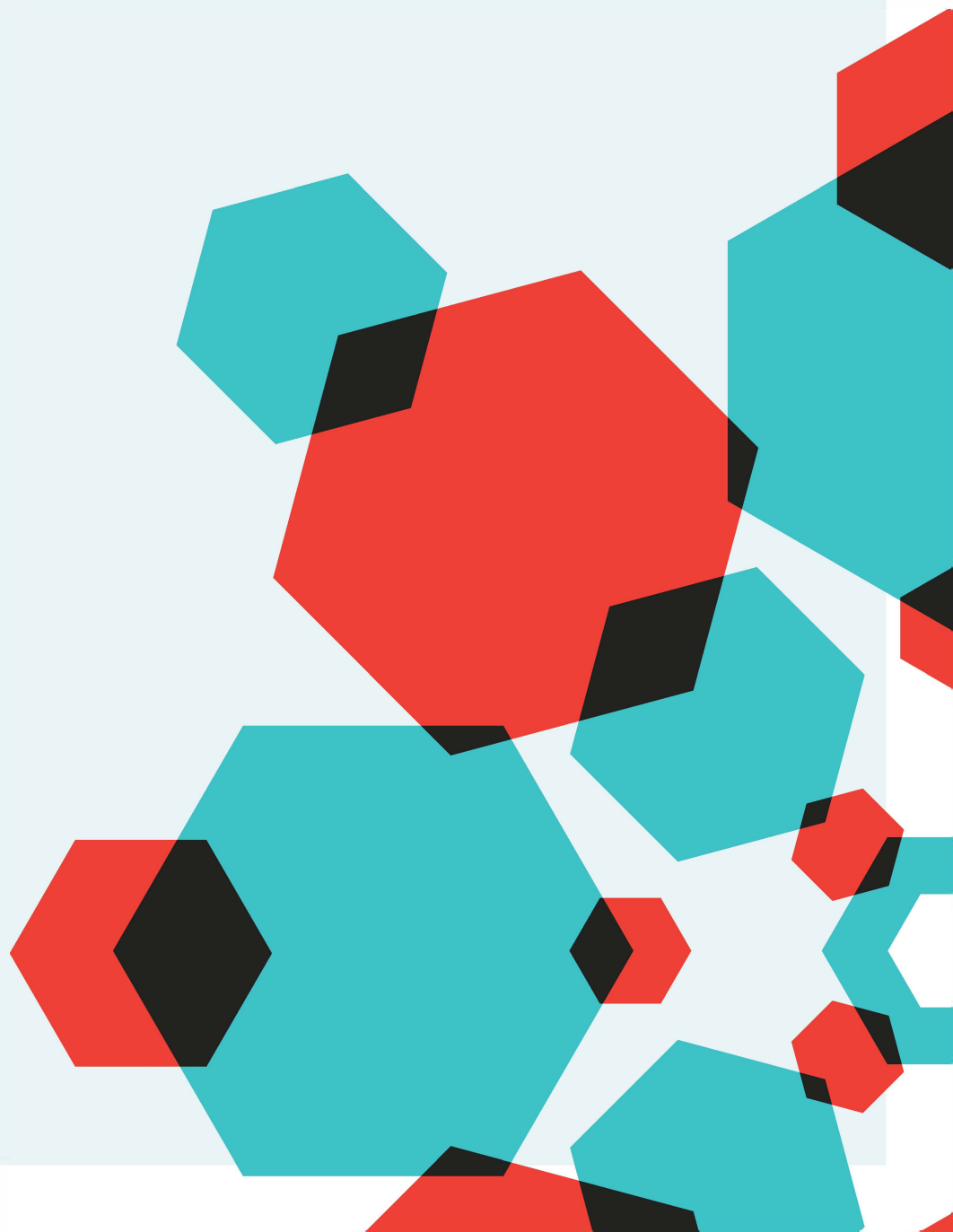


## **Orienter les dépenses d'assurance maladie vers la transformation des modes de prise en charge**

Bien que la santé mentale constitue le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, la France se situe en dessous de la moyenne européenne en termes de part du PIB consacré à cette prise en charge<sup>6</sup>. Pour la Mutualité Française, l'allocation de ces dépenses doit être au service de la transformation de la prise en charge, de la rénovation de certains établissements sanitaires et médico-sociaux et de la formation des professionnels de santé notamment pour agir davantage sur la prévention, la détection précoce et pour adapter les moyens aux besoins des populations. En cela, la réforme du financement de la psychiatrie hospitalière, qui tient compte des caractéristiques de la patientèle, est une première étape d'une révision des financements qui doit favoriser prévention et coordination dans les prises en charge de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>d</sup> recours.

<sup>5</sup> Hospitalisation : des restes à charge après Assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. Études et Résultats n° 1192. DREES. Mai 2021

<sup>6</sup> Source : Estimation des coûts directs et indirects des problèmes de santé mentale en termes de % de PIB 2015 - OCDE 2018





## **LES MUTUELLES S'ENGAGENT** dans la transformation du système de santé

Que ce soit comme financeurs des soins, comme professionnels de la santé et offreurs de services, comme acteurs de prévention ou comme employeurs de l'économie sociale et solidaire, les mutuelles sont partie prenante à la transformation du système de santé.

Elles s'engagent, aux côtés des collectivités territoriales et des professionnels de santé, à décliner en actions les axes de prévention définis par les pouvoirs publics et à participer à tout programme d'évaluation et de partage des actions probantes. Elles accompagnent et outillent leurs adhérents, en particulier les entreprises, dans leurs stratégies de prévention des risques épidémiques et de protection de leurs salariés.

Les mutuelles peuvent participer à la formation des professionnels intervenant en santé mentale, notamment auprès des jeunes, pour faciliter la détection des troubles mentaux. Elles peuvent aussi mener des programmes de dépistage chez les jeunes et très jeunes enfants et offrir une gamme de services et d'accompagnement en soutien.

Via notamment les Unions régionales de la Mutualité Française, les mutuelles accompagneront des projets d'espaces de santé pluriprofessionnels.

Elles s'engagent à mettre en place dans leurs services de soins et d'accompagnement mutualistes des partages de compétences entre professionnels de santé. Elles s'engagent à cofinancer les rémunérations forfaitaires et à garantir la qualité des équipes de soins.

Elles poursuivront leurs projets de refonte de l'accompagnement des personnes âgées en situation de perte d'autonomie à leur domicile ou dans leur Ehpad.

Elles s'engagent à introduire l'éthique dans toute réflexion et entreprise de valorisation des données de santé et dans les potentialités qu'offre l'intelligence artificielle pour les mettre au bénéfice de la réduction des inégalités de santé et de l'amélioration de l'accès aux soins.



NOTES PERSONNELLES



NOTES PERSONNELLES

## Nos partenaires



métropole  
**GrandNancy**

---



Nancy,

---



**Vandœuvre**  
LÈS-NANCY