



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

MINISTÈRE DE L'EMPLOI,  
DE LA COHESION SOCIALE  
ET DU LOGEMENT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION REGIONALE  
DES AFFAIRES SANITAIRES  
ET SOCIALES DE BRETAGNE

PROGRAMME REGIONAL DE SANTE  
Prévenir le suicide en Bretagne  
2004 - 2008

---

# LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE EN BRETAGNE

## Document de cadrage

### ANNEXES

---

## ANNEXES - SOMMAIRE

<b>1. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS AUPRES DES DECIDEURS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. LE CHAMP DE LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE.....</b>	<b>5</b>
1.1.1. LA DELIMITATION DU CHAMP.....	5
1.1.1.1 Une terminologie en question.....	5
1.1.1.2 Un concept en question.....	4
1.1.1.2.1 Promotion de la santé, intervention sociale et promotion de la santé mentale.....	4
1.1.1.2.2 Promotion de la santé mentale et prévention primaire spécifique.....	7
1.1.2. LES PRINCIPES D'ACTION.....	8
1.1.2.1 Les principes de sélection des actions.....	8
1.1.2.2 Deux axes stratégiques identifiés.....	9
<b>1.2. LES MISSIONS ET ROLES RESPECTIFS DES ACTEURS.....</b>	<b>8</b>
1.2.1. LES DECIDEURS.....	8
1.2.1.1 Les procédures de sélection des projets.....	8
1.2.1.2 Les missions de chaque financeur.....	9
1.2.1.3 Un rôle spécifique de l'Education Nationale (EN).....	12
1.2.2. LES RESPONSABILITES RESPECTIVES DES INSTITUTIONS ET PROFESSIONNELS.....	13
1.2.3. LES PERSONNES CONCERNEES.....	14
<b>1.3. LES DIFFICULTES ET FREINS.....</b>	<b>15</b>
1.3.1. UN CONSTAT : LE DEFICIT D' ACTIONS DENOMMEES « PROMOTION DE LA SANTE MENTALE ».....	15
1.3.2. DES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS MULTIFACTORIELLES.....	16
1.3.3. LA PRISE EN COMPTE DE L'ENVIRONNEMENT.....	17
<b>1.4. LES ATTENTES REVELEES PAR LES ENTRETIENS.....</b>	<b>18</b>
<b>2. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS AUPRES DES PROMOTEURS DE TERRAIN.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE DANS LES PROJETS SANTE.....</b>	<b>22</b>
2.1.1. LA TERMINOLOGIE ET LE CONCEPT.....	22
2.1.2. LA PROBLEMATIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE DANS LE TRAVAIL DE TERRAIN.....	23
2.1.3. LA PROBLEMATIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE DANS LE TRAVAIL DE TERRAIN ET SA TRADUCTION DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC.....	24
<b>2.2. ROLES ET MISSIONS DES PROMOTEURS D' ACTIONS DE TERRAIN.....</b>	<b>26</b>
2.2.1. TROIS NIVEAUX D'IMPLICATION.....	26
2.2.1.1 Des acteurs décisionnels.....	26
2.2.1.2 Des acteurs auprès des publics.....	27
2.2.1.3 Des acteurs relais de l'action.....	28
2.2.2. DES COLLABORATIONS NECESSAIRES.....	29
<b>2.3. ROLES ET MISSIONS DES INSTANCES DECISIONNELLES.....</b>	<b>31</b>
2.3.1. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS.....	31
2.3.2. LES DECIDEURS.....	33

## 1. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS AUPRES DES DÉCIDEURS

Institution	Interlocuteur(s)
DDASS 56 – Equipe de santé publique	Marie-Odile Barbier ; Florence Mousset ; Florence Tual ; Jacques Vieuxbled
DDASS 35 – Equipe de santé publique	Christine Brunet ; Françoise Poupault
DDASS 29 – Equipe de santé publique	Alain Mével ; Sylvie Sovrano
DDASS 22 – Equipe de santé publique	Sylvie Le Behec ; Jacques Pernès
DRSP – Direction régionale des services pénitentiaires	Valérie Pondaven
Education Nationale (EN) – Service médical académique de Bretagne	Claire Maitrot
URCAM – Union régionale des caisses d'assurance maladie	Hélène Kurz

### Avis recueillis suite à la diffusion de la synthèse des entretiens menés auprès des DDASS

CPAM 35 – Service Promotion de la santé	Danièle Pallec (contact téléphonique)
DRASS – Pôle de santé publique	Nicole Dupuis-Belair ; François Petitjean

Les rencontres se sont déroulées en deux étapes :

- Une sélection des actions en promotion de la santé mentale repérées par les DDASS.  
La sélection des actions est déjà l'occasion d'aborder les critères qui caractérisent une action de promotion de la santé mentale sur la base d'exemples concrets. La sélection des actions soulève ainsi les questions essentielles à approfondir ensuite lors de l'entretien.
- Un entretien visant à définir :
  - ' La procédure de sélection des dossiers de demande de subvention
  - ' les critères qualifiant une action de promotion de la santé mentale
  - ' Les principes d'action en promotion de la santé mentale
  - ' Les difficultés et freins à la mise en œuvre d'une action de promotion de la santé mentale
  - ' Les attentes des décideurs en matière de promotion de la santé mentale

Sont indiquées (*entre parenthèse et en italique*), les institutions ayant évoqué les éléments dégagés dans la synthèse. Dans la mesure où plusieurs DDASS ont été rencontrées, est précisé combien d'entre elles ont évoqué la question concernée. En encadrés figurent les points saillants apportés par les entretiens et les questions qu'ils soulèvent.

---

## 1.1. LE CHAMP DE LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

---

### 1.1.1. LA DELIMITATION DU CHAMP

#### 1.1.1.1 Une terminologie en question

Pour les décideurs interrogés, le terme de « promotion de la santé mentale » s'avère réducteur ; il entraîne en effet un affichage trop « psy » (sic). Le risque est donc grand d'un amalgame avec la maladie mentale. Il serait préférable d'employer le simple terme de « promotion de la santé » (1DDASS) afin d'éviter le caractère discriminant d'une terminologie de l'ordre de la maladie (CPAM).

En conséquence, deux options sont envisageables (DRASS) :

- Soit ce concept recouvre un champ bien défini ; dans ce cas, un travail est à mener pour l'introduire, avec les réalités qu'il traduit, dans le langage des professionnels et de la population.
- Soit ce concept présente une trop forte connotation stigmatisante ; dans ce cas, une autre formulation est à trouver à laquelle professionnels et population adhéreront plus aisément.

*Deux éléments – terminologie et concept – s'entrecroisent qui créent une certaine confusion dans l'approche qui peut être retenue dans la définition du champ de la promotion de la santé mentale. La terminologie employée semble renvoyer au champ de la psychiatrie ; au-delà de la question spécifique des représentations liées à la maladie mentale à traiter par ailleurs, le terme de « promotion de la santé mentale » paraît induire en erreur quant au champ d'intervention qu'elle recouvre.*

*Il est donc nécessaire de dissocier la question, d'une part de la terminologie à utiliser et, d'autre part, de la définition du champ d'intervention.*

#### 1.1.1.2 Un concept en question

##### 1.1.1.2.1 Promotion de la santé, intervention sociale et promotion de la santé mentale

La rubrique « promotion de la santé mentale » ne figure pas en tant que telle au sein des dossiers de demande de subvention ; une rubrique « prévention du suicide, souffrance psychique » existe toutefois (DDASS ; DRSP). Les promoteurs sélectionnent eux-mêmes la thématique dans laquelle s'inscrit leur projet (URCAM ; DRSP).

Ces rubriques thématiques dans lesquelles les projets doivent s'inscrire s'avèrent très contraignantes car elles ne correspondent pas aux réalités de terrain. Elles ne peuvent pas être utilisées comme grille de lecture qualifiant les projets qui entrent dans la catégorie des actions de promotion de la santé mentale. Les rubriques ne répondent

qu'à une seule logique comptable ; aussi ne reflètent-elles pas les actions conduites en région (3DDASS). D'une part, la tendance au classement par thématique s'accroît actuellement ; aussi est-il de plus en plus difficile d'y intégrer les actions globales (1DDASS). D'autre part, il n'existe pas de rubrique thématique « Promotion de la santé mentale », mais seulement « Souffrance psychique ». Des regrets sont manifestés quant à l'absence d'une rubrique « promotion de la santé » (1DDASS).

Définir une délimitation franche entre promotion de la santé et promotion de la santé mentale s'avère donc difficile : compte tenu de l'approche globale de la santé (physique, psychologique et sociale), une action santé a nécessairement un impact sur la santé mentale et inversement (3DDASS ; CPAM). Les actions de promotion de la santé mentale ne relèvent donc pas obligatoirement de la prévention du suicide en tant que telle (URCAM). Cette réalité n'engage sur le terrain aucune difficulté, la seule question étant de savoir ce dont a besoin la population et quelles actions peuvent y répondre (3DDASS).

En renversant la proposition, c'est-à-dire en repartant du problème identifié auquel répond une action de promotion de la santé, un programme de promotion de la santé mentale est immédiatement caractérisable ; il s'agit alors d'actions mises en place pour répondre à un problème de souffrance psychique identifié préalablement (DRASS).

La frontière est également difficile à préciser entre actions de promotion de la santé mentale et actions du champ social car ces dernières ont un effet sur la santé mentale (2DDASS). Un classement des difficultés de la vie quotidienne est proposé comme suit (1DDASS) :

- L'éducation : actions menées par des réseaux éducatifs qui accueillent des parents ; la parentalité (DRSP).
- Les difficultés conjugales : actions menées par les conseillères conjugales ; écoute, lutte contre les violences conjugales par le biais de groupes de paroles par exemple.
- La précarité : actions conduites par les travailleurs sociaux visant à redonner confiance en soi, à retisser du lien social.
- L'intergénération : actions visant à un mieux vieillir.
- La lutte contre la violence : relève du champ éducatif.

*La réflexion menée pour tenter de définir le champ de la promotion de la santé mentale amalgame plusieurs dimensions — secteurs d'intervention, thématiques traitées, méthodes appliquées — qui apparaissent inopérantes pour les interlocuteurs. L'imprécision qui transparait sous la notion de « santé globale » conduit à diluer la promotion de la santé mentale dans la promotion de la santé, voire dans une question d'ordre social. Ce constat soulève deux questions :*

*Comment planifier un programme d'actions en promotion de la santé cherchant à répondre à la problématique de santé publique du suicide si les actions n'ont pas à s'inscrire dans un quelconque PRS puisque toujours globales ? Comment, en conséquence, évaluer la politique publique mise en place ?*

*Seconde axe de réflexion : comment poursuivre en promotion de la santé un objectif de réduction du suicide sans l'énoncer ? Le risque n'est-il pas dès lors d'assimiler la méthode d'action aux objectifs poursuivis, d'occulter les questions de santé publique pour lesquelles les actions sont mises en place ?*

#### *1.1.1.2.2 Promotion de la santé mentale et prévention primaire spécifique<sup>1</sup>*

Les critères évoqués pour délimiter les champs de la prévention primaire non spécifique et de la prévention primaire spécifique sont les suivants :

- Le public concerné n'est a priori pas en souffrance mentale mais les actions peuvent néanmoins s'adresser à des publics qui cumulent des difficultés (*2DDASS ; DRSP*).
- Les actions de formation des professionnels pour « mettre la personne au centre d'elle-même » relèvent de la promotion de la santé mentale (*1DDASS*).
- Les actions ne relèvent ni du repérage, ni de l'orientation (*2DDASS*). Les prises en charge thérapeutiques (*DRSP*), les groupes de paroles, les Points Accueil Ecoute Jeunes, qui visent au repérage, ne constituent pas des actions de promotion de la santé mentale (*2DDASS*). Les actions sont de l'ordre d'un mieux-être (*URCAM ; DRSP*), du développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales (*4DDASS*), de la responsabilisation des personnes (*1DDASS*), en vue d'une réduction des suicides et des consommations de psychotropes (*DRSP*).
- Point divergent soulevé lors d'un entretien au sein d'une DDASS : le travail sur l'image de soi, sur l'aide à la verbalisation, à la valorisation, au repérage (*DRSP*) par les personnes concernées d'une possible souffrance est identifié par le secteur social comme relevant du champ de la promotion de la santé mentale. Le secteur sanitaire n'adhère pas à cette vision : ce travail est déjà de l'ordre de la prévention primaire spécifique.
- Une interrogation persiste à l'issue d'un entretien : toute action d'information relève-t-elle de la promotion de la santé mentale ? (*1DDASS*).

La question ne peut être tranchée sur le terrain aussi clairement qu'elle peut l'être en théorie. Des actions qui ressortent de la prévention primaire non spécifique peuvent aller sur le champ de la prévention primaire spécifique (*DRASS ; CPAM*).

*Le fait même d'intervenir dans les milieux de vie amène inévitablement à accompagner des publics aux problématiques différentes, concernés par une prévention primaire spécifique ou non spécifique. La question est donc de repérer en quoi la distinction clairement opérée sur le plan théorique<sup>2</sup> est importante en pratique, ce que cette distinction doit servir et comment.*

<sup>1</sup> Pour définition des termes, cf. document de synthèse finale

<sup>2</sup> Pour définition des termes, cf. document de synthèse finale

## 1.1.2. LES PRINCIPES D'ACTION

### 1.1.2.1 Les principes de sélection des actions

Une liste de principes généraux président à la sélection par les institutions des actions de la promotion de la santé mentale :

- Une inscription dans les politiques régionales de santé (*4DDASS ; URCAM ; DRSP*), dans les thématiques du FNPEIS et du PRAM (*URCAM*) ; un co-financement (*DRSP*).
- Des objectifs répondant à un problème identifié par les professionnels ou reposant sur un état des lieux, un diagnostic territorial (*4DDASS ; URCAM ; EM*).
- Des modalités de mise en œuvre cohérentes permettant d'atteindre les objectifs formulés (*4DDASS*).
- Une articulation avec les programmes existants sur le territoire concerné, avec les actions menées localement par les partenaires (*4DDASS*).
- Un projet réalisable (*DRSP*), une inscription réaliste des actions dans la durée (*4DDASS ; DRSP ; EM*). Un territoire peu couvert dans le domaine de la promotion de la santé peut toutefois faire l'objet d'actions ponctuelles : cette stratégie permet d'envisager par la suite un accompagnement du promoteur (associations de bénévoles, de parents d'élèves) pour développer des projets de plus grande ampleur (*1 DDASS*).
- Un engagement officiel des directions de structures (*1DDASS ; EM*) : Un professionnel peut porter le projet, le directeur de la structure doit pouvoir rendre des comptes sans quoi des actions peuvent ne jamais se mettre en place et les fonds rester inutilisés ; un professionnel peut également s'épuiser à porter un projet en l'absence de tout soutien de sa structure.
- Le développement d'un partenariat (*URCAM ; DRSP ; EM*). En milieu pénitentiaire, un groupe de pilotage doit être constitué dès le départ qui va participer à la rédaction du projet, d'autant plus que l'établissement pénitentiaire concerné présente un fort taux de suicide (*DRSP*).
- Une exigence de compétences avérées (*3DDASS*) : Les professionnels doivent avoir les compétences nécessaires, notamment pour respecter le cheminement des personnes (*1DDASS*).
- Des évaluations de projet inégales (*4DDASS ; EM*). Un bilan d'action est systématiquement demandé, une trame est fournie à cet effet (*1DDASS*). Le bilan permet de repérer les difficultés et ainsi accompagner les acteurs dans la prise en compte dans le projet à venir des problèmes auxquels ils ont été confrontés (*1DDASS*). Une évaluation est exigée à hauteur des financements accordés pour le projet : pour les projets conséquents, la DDASS participe à l'élaboration des outils d'évaluation dans les comités de pilotage (*1DDASS*) ou un audit est commandé (*1DDASS*).

*Les principes généraux cités s'appliquent tout aussi bien à la promotion de la santé qu'à la promotion de la santé mentale sans doute en raison de l'assimilation de la seconde à la première. La difficulté constatée à identifier la promotion de la santé mentale dans le champ de la promotion de la santé occulte tout un pan de questionnements. Une réflexion spécifique sur les principes à appliquer reste donc à mener.*

### 1.1.2.2 Deux axes stratégiques identifiés

Les décideurs interrogés considèrent que deux axes d'intervention se distinguent clairement :

- Donner des repères aux personnes pour affronter les difficultés de la vie quotidienne (*4DDASS ; URCAM ; DRSP ; EM*) ; développer les compétences psychosociales (*CPAM*).
- Maintenir des conditions favorables à la santé mentale ; cet axe relève de l'organisation du cadre social (*2DDASS ; DRSP*) : logement, famille, situation économique (*CPAM*).

Quelques exemples cités : assurer un climat de respect dans les établissements scolaires, respect de la part des élèves comme des adultes (*DDASS*) ; créer davantage d'emplois pour procurer aux personnes le minimum vital pour vivre ainsi qu'une utilité sociale ; améliorer les conditions de détention (accès aux douches, distribution de produits d'entretiens,...) qui participent de la dignité des personnes, dans la limite des règles de sécurité (*DRSP*) ; donner un coup de peinture au réfectoire (*EM*).

*Ces deux axes d'intervention concernent là encore plus largement la promotion de la santé. Une fois de plus, l'assimilation de la promotion de la santé mentale à la promotion de la santé ne permet pas d'engager une réflexion spécifique sur la première.*

---

## 1.2. LES MISSIONS ET ROLES RESPECTIFS DES ACTEURS

---

### 1.2.1. LES DECIDEURS

#### 1.2.1.1 Les procédures de sélection des projets

Un appel à projet est lancé conjointement par l'Etat et l'Assurance Maladie.

Des rencontres départementales CPAM / DDASS permettent aux deux financeurs de se positionner sur les différents types d'action que chacun souhaite appuyer. Ces rencontres fixent également le type de financement auquel peuvent prétendre les projets déposés. Il ne s'agit toutefois que d'une orientation.

La sélection des actions constitue l'aboutissement de tout le travail préalable mené par les DDASS avec les promoteurs d'actions. Dans leur grande majorité, les projets déposés sont le résultat de ce travail de fond mené par les référents thématiques de la DDASS, également chargés d'instruire les dossiers qui concernent leur champ. En dernier ressort, le référent peut rencontrer les promoteurs pour clarifier certains aspects du projet déposé (*3DDASS*).

Les nouvelles structures sont rencontrées (*2DDASS*). Il arrive toutefois que des projets soient déposés dont la DDASS n'a pas eu connaissance auparavant, portés par des promoteurs qu'elle n'a pas rencontrés (*1DDASS*). La connaissance des acteurs et de leur manière concrète de travailler prime sur la qualité aléatoire de leurs dossiers de demande de subventions. Les dossiers ne sont pas systématiquement bien renseignés, notamment par les promoteurs de faible envergure qui ne maîtrisent pas toujours cet exercice de rédaction. Cela ne préjuge toutefois pas de la qualité de leur action (*2DDASS*).

La grille de sélection des projets est identique pour toutes les DDASS. Toutefois, des grilles d'évaluation des projets, spécifiques dans la forme mais reprenant les critères régionaux, sont établies par différentes DDASS et en leur sein par les différents pôles. Constituées pour évaluer un projet lors de la demande de subvention ou à son terme, ces grilles ne sont pas diffusées. A l'occasion de l'un des entretiens, les différents interlocuteurs d'une DDASS ont estimé qu'il serait intéressant de pouvoir confronter leurs outils respectifs.

Les CPAM vérifient de leur côté que le projet déposé répond aux critères d'attribution du FNPEIS et ne porte pas sur une demande de financement de fonctionnement ou d'investissement.

Les dossiers sélectionnés sont ensuite transmis à l'URCAM au sein de laquelle différentes commissions fournissent un avis technique. Ces experts déterminent si les projets proposés à financement sont pertinents et offrent les critères nécessaires d'efficacité (*URCAM*).

Etat et Assurance Maladie se réunissent à l'échelle régionale afin de valider les avis de la première commission. Cette procédure ne se traduit pas par une véritable sélection commune Etat / Assurance Maladie (*URCAM*).

La DRSP, quant à elle, confie aux UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires), SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation) et chefs d'établissement la responsabilité de compléter les dossiers de demande de financement. Depuis 2004, une concertation entre DRSP et DRASS est engagée dans la mesure où les personnes détenues constituent une des populations prioritaires retenues par le PRAPS et le PRS de prévention du suicide. Un regret est toutefois formulé : l'absence d'une véritable articulation avec l'appel à projet DRASS / URCAM même si le dossier de demande de subventions est commun. Cela se traduit notamment par une méconnaissance des financements accordés par la DRASS sur des projets en milieu pénitentiaire ; seuls les bilans de fin d'année fournissent ce type de données. Cette situation pourrait favorablement évoluer dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique (*DRSP*).

#### *1.2.1.2 Les missions de chaque financeur*

Une part des crédits promotion de la santé mentale est attribuée à des projets d'ordre social alors qu'ils relèvent *a priori* d'autres dispositifs. Pour exemple dans un département (*1DDASS*) :

- L'éducation : Réseau d'Ecoute et d'Accueil des Parents.
- Les difficultés conjugales : Pôle social de la DDASS.

- La précarité : Pôle social de la DDASS ; CAF (exemple de demandes de financement réorientées vers la CAF pour des chèques loisirs permettant l'accès aux loisirs et à la culture de personnes économiquement défavorisées, pour des chèques vacances à destination de personnes malades).
- L'intergénération : Pôle social.
- La lutte contre la violence : Les actions relevant de la citoyenneté dans le cadre des CESC sont parfois financées par le pôle santé car elles participent également de la santé mentale. Des demandes de subvention adressées au pôle santé ont porté sur la formation des délégués de classe, sur l'aménagement d'un cadre convivial favorable à l'anti-tabac : elles ont été refusées.
- Les crédits de la politique de la ville peuvent également financer des actions de promotion de la santé mentale.

Le Pôle santé définit clairement ses priorités : est privilégié le financement des actions de prévention primaire et d'accès à l'information sur les questions de santé. Les actions de promotion de la santé agissant sur le lien et le cadre social sont orientées vers d'autres dispositifs de financements possibles. Quand ce n'est pas possible ou que le Pôle santé bénéficie de rallonges budgétaires, il apporte néanmoins sa contribution mais à la condition qu'un partenariat financier existe. La question reste néanmoins posée : « *Est-ce le rôle du Pôle santé car tout peut être demandé au nom de la santé mentale* ».

Le financement de la dimension environnementale d'une action de promotion de la santé mentale ne relève pas du Pôle santé, même si le Programme Régional de Santé prend en compte cette dimension (2DDASS).

Compte tenu de ce qui précède, on peut considérer que les DRASS et DDASS financent des actions répondant à un problème identifié de souffrance psychique et relevant du système de santé. Pour exemple, la résolution des difficultés de transports en milieu rural peut s'inscrire dans un programme de promotion de la santé mentale et ressortir du système de santé si un problème de santé identifié est résoluble en agissant sur ce facteur. (DRASS ; CPAM)

*Les procédures de sélection des projets de promotion de la santé mentale sont celles de tout projet de promotion de la santé. En dépit des concertations mises en place entre financeurs, la complémentarité et la cohérence des financements ne sont pas suffisamment assurées ; Il ne s'agit en effet pas de véritables co-décisions. Les difficultés de concertation entre financeurs compliquent d'autant les démarches pour les promoteurs de terrain qui déposent des dossiers de demande de subventions. Ce manque de lisibilité est accentué dans le champ de la promotion de la santé mentale en raison de la complexité des facteurs intervenant dans l'état de santé mentale et donc les dispositifs susceptibles d'être sollicités ainsi que par le flou qui entoure la notion de promotion de la santé mentale.*

### 1.2.1.3 Un rôle spécifique de l'Education Nationale (EN)

La promotion de la santé mentale au sein du service médical académique relève de plusieurs dispositifs transversaux :

- Un projet académique de santé est intégré au projet politique du recteur. Actuellement il est composé de 4 priorités dont une concerne les conduites à risques et une autre l'individualisation de l'accompagnement des élèves en difficulté (handicap, trouble de l'apprentissage par exemple) sous forme d'une guidance pédagogique personnalisée. Certaines actions sont d'initiative académique bien que n'étant pas du ressort de cette instance mais de l'échelon départemental : par exemple l'Agenda de l'Ado.
- Le service médical académique propose des outils accompagnant le projet promotion de la santé ; ils prennent la forme de documentations et de formations. Sont travaillées les questions de pratiques avec les médecins référents départementaux ; par exemple, des préconisations sont diffusées auprès des médecins de terrain concernant les vaccinations obligatoires. Une formation du personnel est élaborée et proposée dans le cadre de l'informatisation du dossier médical des élèves. Les médecins départementaux font également part de leurs préoccupations.
- Le médecin conseiller technique est consulté sur les critères de sélection des actions, définis préalablement (durée, partenariat, implication de l'établissement, participation des élèves).  
La mise en place d'un observatoire académique sur les conduites à risques et sur les bonnes pratiques (pour les faire connaître) a donné lieu à un séminaire animé par le recteur au cours duquel a été élaborée une grille de lecture de l'activité de chaque établissement ; à cette occasion, une idée forte est ressortie des débats : le rapport d'établissement annuel doit également concerner l'action sur le mieux-être des élèves.
- L'académie ne possède pas de ligne budgétaire santé ; en revanche la Loi d'orientation des lois de finance offre une marge de manœuvre. Les écoles sont par ailleurs tenues de faire vivre un projet d'établissement dans lequel la santé est incluse. Par contractualisation, un budget est attribué qui laisse possibilité d'en prélever une part pour la santé. Mais les financements étant assez limités, le volet santé l'est lui aussi. Les établissements font appel aux fonds FNPEIS, DDASS, MILDT, Conseil Régional (ce dernier souhaite s'investir sur la prévention des conduites à risques).

*La promotion de la santé mentale ne constitue pas un axe de travail nommé en tant que tel par le rectorat. Malgré un appui institutionnel fort à l'échelle de la région, le développement de la promotion de la santé, a fortiori de la promotion de la santé mentale, reste à la discrétion des établissements et de leur volonté propre puisque la santé ne bénéficie pas d'une ligne budgétaire spécifique. Par ailleurs, la difficile lisibilité des différents dispositifs de financement handicape le développement des actions en milieu scolaire. Enfin, se manifeste ici la même réflexion que précédemment : la dilution de la question par développement de sa transversalité. L'absence d'objectif clairement affiché en la matière permet-il de développer une politique forte de prévention du suicide ?*

### 1.2.2. LES RESPONSABILITES RESPECTIVES DES INSTITUTIONS ET PROFESSIONNELS

La promotion de la santé mentale intervient à tout moment de la vie quotidienne. Elle doit donc s'intégrer dans les actions quotidiennes de chacun ( *1DDASS*).

De nombreux paramètres interviennent dans la santé mentale, tels que le logement, la famille, la situation économique,... Ils ne sont pas pour autant nécessairement du ressort d'actions de santé. Ces paramètres soulèvent des questions diffuses qui doivent être traitées au cas par cas. Par exemple, le développement des compétences psychosociales est à prendre en compte dans les actions de promotion de la santé mentale ; elles recouvrent des zones de travail en réseau, faisant intervenir notamment les champs de la santé et de l'éducatif. Ainsi, le travail des enseignants dans ce domaine est à faire reconnaître. De même faut-il prendre en compte la démarche des établissements scolaires qui oeuvrent pour améliorer le milieu de vie. ( *CPAM* )

L'interlocuteur de l'Education Nationale développe l'expérience de son institution et les enseignements qui peuvent en être tirés (EN) :

- Une définition claire du champ de compétences de chacun est nécessaire. Par exemple, concernant certaines dérives constatées dans le cadre du dispositif des lycées sans tabac ; certains établissements se transforment en centre de sevrage tabagique, avec consultations assurées par des psychologues au sein du lycée. Ces situations soulèvent deux problèmes : l'école se transforme en lieu de soin, ce qui n'est pas de son ressort ; les compétences des psychologues ne sont pas nécessairement validées. Cette dérive évite un réel travail sur les fondements de la loi Evin, ce qui est en revanche bien le rôle de l'école : elle doit apprendre le sens de la loi, non seulement son rôle répressif mais également son rôle de protection. Une même dérive se manifeste lors du recours à des psychiatres intervenant auprès des élèves difficiles.
- *« Il faut expliquer aux adultes en quoi l'école est bien traitante. Cette dimension est significative pour les personnels parce que directement en lien avec leurs missions. Chacun doit voir en quoi il peut contribuer à la promotion de la santé mentale en fonction de ses compétences, savoir-faire, contraintes, incertitudes. Un enseignant qui a des difficultés avec la question ne doit pas se voir imposer une démarche ; il doit être libre de son investissement, respecté dans ses savoirs et savoir-faire.*  
*Rester sur le champ de compétence des enseignants signifie de ne pas entrer dans une approche trop psychologisante mais viser l'appétence scolaire en vue de favoriser la réussite scolaire. Il faut faire en sorte que les élèves se sentent bien dans l'école, objectif d'autant plus important à poursuivre qu'ils ne sont que 61% dans ce cas en Bretagne contre 80% à l'échelon national. Il s'agit donc de « lutter pour » et non « lutter contre ».*  
*Au niveau de l'évaluation, cette approche ne doit pas se traduire par une hantise des résultats obtenus ; le discours actuel en la matière se révèle de plus en plus stigmatisant. De toutes petites actions méritent tout autant d'être reconnues. Il est notamment intéressant de savoir si les personnes (parents, élèves) ont apprécié l'action. Un exemple d'initiative porteuse pour la promotion de la santé mentale : un professeur de lettres travaille sur des textes modernes d'auteurs locaux ; les élèves peuvent ainsi les rencontrer et leur poser des questions. »*
- Une formation aux conduites suicidaires a cette année drainé de nombreuses équipes pluridisciplinaires. Son

succès est dû à de multiples facteurs : un projet académique mieux connu ; un échelon du bassin favorisant les échanges de pratiques ; un réseau ressources formé et mobilisateur d'acteurs, acteurs du même coup plus en demande de formations ; un changement de mentalités grâce au secteur associatif (Codes, Anpaa, intersecteur toxicomanie, Aatpf) et la cohérence de son discours qui aide les équipes éducatives à se saisir elles-mêmes de la question.

- *« L'Éducation Nationale doit développer de nouvelles stratégies. Peu de temps peut être consacré à la promotion de la santé parce que le principe des examens de santé systématiques est encore trop prégnant. Les enfants sont majoritairement bien suivis hors de l'école ; les examens au sein de l'école ne détectent que peu de pathologies nouvelles. L'accent peut donc être mis sur les publics prioritaires. Les enseignants ont alors un rôle important. Des liens se développent entre équipes pédagogiques et soignants en raison de situations de plus en plus difficiles. Des commissions de suivi permettent à un noyau dur de professionnels compétents et disponibles de se rencontrer pour une analyse croisée – sociale, psychologique, éducative – afin de proposer des solutions adéquates, d'orienter l'enfant vers ce qui lui convient le mieux. »*

*Deux points de développement se dégagent nettement. D'une part, la reconnaissance, la mise en valeur de la contribution de chaque institution et chaque professionnel à la promotion de la santé mentale, en fonction de ses missions et compétences spécifiques. D'autre part, à partir de la place singulière occupée par chacune de ces entités, le développement des articulations et complémentarités.*

### **1.2.3. LES PERSONNES CONCERNEES**

L'unique manière de mobiliser le public concerné est de le rendre acteur de l'action. (4DDASS ; EM)

Cela implique d'associer les personnes dès l'élaboration du projet en travaillant le contenu des actions avec elles (1DDASS, DRSP) ; cette condition est d'autant plus incontournable en promotion de la santé mentale qu'il est difficile de mobiliser les personnes sur le thème de la santé mentale. (1DDASS)

Une action partant de groupes déjà constitués ou de structures identifiées, à partir d'un lieu défini, une école par exemple, est seule garante d'une mobilisation effective. Les groupes doivent avoir le choix des thèmes traités. Il est en revanche très difficile de les associer à l'élaboration des projets eux-mêmes. (1DDASS)

Le développement des compétences psychosociales est affiché partout. Chacun a bien compris qu'elles relèvent du positionnement dans le groupe et d'un savoir-être dans la collectivité. (EM)

Une manière de les développer : faire retour aux élèves de ce qu'ils ont développé individuellement durant l'action et pas seulement à titre collectif. Pour construire l'individu, il est important de lui montrer où il a avancé, ce qu'il a tiré comme fruits de son investissement. Il est également essentiel de faire retour aux parents des progrès réalisés dans l'action, par exemple dans le bulletin de notes. Ce sont des enjeux forts du développement des compétences psychosociales et de la promotion de la santé mentale. (EM)

Un travail sur les incivilités peut questionner le relationnel et donc la santé mentale. Un exemple d'action : élaborer avec les élèves un dictionnaire des expressions qu'ils utilisent afin de donner du sens aux mots qu'ils utilisent. Ce travail permet aux élèves de s'engager dans des activités, de se regarder ainsi autrement et de s'orienter vers autre chose que des conduites à risques. (EM)

La promotion de la santé mentale consiste également à se préoccuper de ce que font les adultes pour les élèves. La promotion de la santé mentale doit donner leur place dans les instances et une parole aux élèves et à leur famille. Un exemple révélateur : quand un inspecteur demande à un chef d'établissement de produire les emplois du temps, neuf fois sur dix celui-ci présente les planning des personnels alors qu'il devrait également penser à fournir ceux des élèves. (EM)

*L'implication, la valorisation, la reconnaissance, la responsabilisation sont autant de maîtres mots présidant aux actions avec les personnes. Toutefois, l'exigence sur le degré d'implication de la population dans les projets de promotion de la santé mentale reste très inégale selon l'interlocuteur. L'un d'entre eux met en avant l'importance de cette dimension dans le champ spécifique de la promotion de la santé mentale. Aussi, le niveau d'implication des personnes concernées au regard des résultats attendus et obtenus devrait faire l'objet d'une analyse particulière.*

---

### **1.3. LES DIFFICULTES ET FREINS**

---

#### **1.3.1. UN CONSTAT : LE DEFICIT D' ACTIONS DENOMMEES « PROMOTION DE LA SANTE MENTALE »**

Lorsqu'un problème est reconnu préoccupant, les actions menées sont de l'ordre du passage d'information. Les acteurs ne pensent pas suffisamment à des actions de promotion de la santé avant que les problèmes ne surgissent. (1DDASS).

Il est pourtant de plus en plus difficile pour les professionnels de faire face aux souffrances, de les traiter, de les orienter ; d'où l'importance de la promotion de la santé mentale en amont (1DDASS).

Les raisons invoquées pour expliquer ce déficit d'actions sont multiples :

- Souvent, la promotion de la santé n'est pas reconnue par les promoteurs comme une action de santé. Les enseignants, par exemple, ne repèrent pas en quoi leur travail avec les enfants permet une meilleure santé mentale. Il existe peu de véritables professionnels compétents capables de mener des actions de promotion de la santé mentale (1DDASS).
- Les acteurs considèrent les actions en santé comme réservées aux professionnels de santé. (1DDASS)
- Initier un partenariat avec la médecine du travail reste difficile, notamment faute de disponibilité (2DDASS) ;

le manque de temps est également évoqué pour les UCSA. (*DRSP*)

- Des choix de priorités sont opérés qui vont privilégier un public : par exemple les jeunes au détriment des personnes âgées. (*1DDASS*)
- La santé n'est pas un thème mobilisateur pour les personnes. (*1DDASS*)
- Certains professionnels ne sont pas soutenus par leur structure et s'épuisent donc. (*1DDASS*)

Il ne s'agit pas d'un déficit d'actions en promotion de la santé mentale mais d'un déficit d'actions dénommées « promotion de la santé mentale ». Il est intéressant de mettre en évidence le travail quotidien des enseignants qui, par exemple, faisant partager leur passion pour une discipline, contribuent au développement des compétences psychosociales. (*CPAM*)

*Les actions s'inscrivant explicitement dans le Programme régional de prévention du suicide sont dans les faits peu nombreuses ; beaucoup concourent à un mieux-être mais peu correspondent à un travail explicite de promotion de la santé mentale. Des publics et des milieux de vie prioritaires pour la prévention du suicide s'avèrent même totalement absents des actions menées en promotion de la santé mentale ; c'est le cas en 2004 pour le milieu du travail et les personnes âgées. Le déficit de connaissance, de visibilité et de ressources du champ de la promotion de la santé mentale est une explication majoritairement avancée. Les responsabilités institutionnelles et les stratégies à développer afin de pallier ces lacunes ne sont pas évoquées.*

### **1.3.2. DES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS MULTIFACTORIELLES**

Les difficultés identifiées dans la mise en œuvre des actions sont multiples :

- La question du suicide est taboue ; il est donc difficile de faire s'exprimer les personnes sur ce sujet. (*1DDASS*)
- Il est difficile pour un professionnel d'évaluer les besoins des personnes sans les traduire avec ses propres représentations. (*1DDASS*)
- Beaucoup reste à faire en matière de formation des personnels pour passer de la formation centrée sur le savoir à une démarche d'éducateur ; la formation du Réseau Régional Ressources en est un exemple. (*EN*)
- Certaines actions sont plaquées qui ne partent pas des besoins du public concerné, en particulier quand le projet répond à la demande d'un commanditaire. (*1DDASS*)
- Le partenariat n'est pas suffisamment développé (*URCAM*) ; il est par exemple difficile d'associer les surveillants en milieu pénitentiaire. (*DRSP*)
- Les projets manquent de souplesse, de réajustements au cours de la mise en œuvre. (*1DDASS*)
- Il est difficile d'aller au bout de l'analyse des actions à partir du seul bilan d'action. Cela nécessite donc de s'adresser directement aux acteurs mais le personnel DDASS n'est pas suffisant pour rencontrer tous les promoteurs financés. Quant aux enquêtes approfondies, la priorité est donc donnée aux projets conséquents et à ceux dont il est demandé un renouvellement pour l'année suivante. Dans ce dernier cas, ce n'est pas

toujours possible : les petites structures, n'ayant pas de fonds de roulement et les subventions étant fournies en fin d'année, les actions ne sont pas terminées. (1DDASS)

- L'arrivée tardive des financements évoquée ci-dessus est également en soi un frein au développement des actions. (URCAM)
- Il est difficile de mesurer l'impact d'une action sur la santé mentale des personnes (2DDASS) puisque celle-ci est multifactorielle et difficilement chiffrable : est-ce l'action qui a agi sur le nouveau comportement d'une personne, et à quelle hauteur, ou d'autres facteurs ? (1DDASS)

*Les difficultés évoquées sont multiples et ne rassemblent jamais sur elles une majorité de décideurs. Révèlent-elles des attentes prioritaires différentes, une représentation particulière des promoteurs d'action et de leurs difficultés par chaque décideur ? Traduisent-elles des pratiques de terrain divergentes d'un territoire à l'autre ?*

### **1.3.3. LA PRISE EN COMPTE DE L'ENVIRONNEMENT**

L'environnement constitue un frein essentiel car cet axe est plus difficile à mettre en œuvre. (1DDASS)

Manque généralement dans les actions de promotion de la santé mentale la prise en compte des dimensions socio-économiques qui génèrent de la souffrance. (1DDASS)

Cela signifie-t-il qu'il faut agir sur ces facteurs, ou bien les faire prendre en compte par d'autres, ou encore accompagner les personnes pour qu'elles puissent faire face à leur situation difficile ? (CPAM)

Les freins évoqués :

- Les transports en milieu rural. (1DDASS)
- Les contraintes liées au milieu pénitentiaire : contraintes de sécurité ; interdiction faites à certains détenus de communiquer entre eux par exemple. (DRSP)
- La culture pénitentiaire centrée sur la prise en charge du détenu dans l'exécution de sa peine ne facilite pas la mise en place d'actions collectives. (DRSP)
- Un discours officiel sur le plan national va à l'encontre de ce qui se défend sur le terrain et plus globalement en région Bretagne. Il est davantage sur le registre du « lutter contre » que du « lutter pour ». L'accent est mis sur l'horreur du produit, la pédagogie du risque, de la peur. (EM)
- Les conditions faites aux populations dans certains milieux de vie. Par exemple, la prison ne favorise pas la santé mentale des personnes : dans une maison d'arrêt, des cellules non-fumeurs et des consultations de sevrage tabagiques existaient ; avec l'accroissement de la promiscuité, ces deux possibilités offertes aux personnes détenues ont été supprimées. Un autre exemple : une entreprise a fermé sur un quartier au même moment où un projet de promotion de la santé se mettait en place ; parler santé à des habitants privés d'emploi les a excédés. (1DDASS)

- *Les freins environnementaux sont peu évoqués chez la majorité des interlocuteurs. Ils ne semblent pas pris en compte dans l'évaluation de la faisabilité d'un projet. N'y a-t-il pas un travail à mener sur les conditions environnementales minimales exigibles pour travailler avec les populations ?*
- *Par ailleurs, quelle serait la responsabilité des décideurs en la matière ?*

---

#### **1.4. LES ATTENTES REVELEES PAR LES ENTRETIENS**

---

Des réserves sont clairement émises par l'une des DDASS concernant la pertinence d'élaborer un référentiel d'action en promotion de la santé mentale à destination des acteurs de terrain. Les arguments développés sont les suivants :

- Des textes existent qui définissent précisément ce que recouvre le concept de promotion de la santé mentale et les méthodes de travail à mettre en œuvre
- Les DDASS ont déjà connaissance des pratiques des acteurs de terrain puisque leur mission essentielle consiste à travailler avec les promoteurs d'action pour aboutir à des projets en cohérence avec les besoins
- La mise en œuvre du référentiel envisagé nécessite la formation des acteurs de terrain ; or, globalement, ils ne mèneront pas d'action en promotion de la santé mentale puisqu'il existe des experts de ce domaine qui peuvent les accompagner de façon à ce qu'ils adhèrent à la démarche
- Les freins au développement des actions de promotion de la santé mentale sont bien identifiés : les structures n'ont pas les moyens de s'investir sur des projets inscrits dans la durée et les financeurs ne peuvent pas s'engager sur des budgets durables dans le temps

Les attentes formulées portent donc davantage sur l'identification :

- Des facteurs freinant la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale (1DDASS)
- Des compétences nécessaires pour mener une action en promotion de la santé mentale (2DDASS)

Une DDASS émet également des doutes sur la nécessité de délimiter un champ de la promotion de la santé mentale ; ce travail n'est envisageable qu'à la condition de très bien le définir en le positionnant par rapport à d'autres champs. Les quatre DDASS se rejoignent pour fondre les concepts de promotion de la santé mentale et de promotion de la santé.

Les axes à développer en matière d'actions de promotion de la santé mentale (DRASS) :

- Spécifier les actions de promotion de la santé mentale, question plus sensible et plus pointue que la promotion de la santé.
- Permettre aux professionnels d'intégrer la promotion de la santé mentale dans des programmes qui s'orientent généralement davantage sur le repérage et les soins.
- Mettre l'accent plus particulièrement sur l'axe environnemental, peu pris en compte dans les programmes de

promotion de la santé mentale. Une façon, peu développée, de mener une action de promotion de la santé mentale prenant en compte l'environnement est par exemple : mener des études d'impact sur la santé mentale, interpeller les décideurs sur les conséquences des choix qu'ils opèrent dans le cadre d'un développement industriel, d'un changement organisationnel dans l'entreprise, de la désagrégation du tissu économique. Cela permettrait de prévoir et planifier les actions à mener pour anticiper les difficultés à venir.

Les axes à développer en matière d'actions de promotion de la santé mentale (*EM*) :

- Rendre toutes les sources de financement cohérentes.
- Assurer un soutien fort des institutions, un discours cohérent de l'ensemble des décideurs afin de porter la dynamique régionale et introduire de la souplesse par rapport aux directives nationales.
- Identifier ce qui est évaluable.
- Développer les dispositifs de décloisonnement permettant d'optimiser tout ce qui existe.

Les axes à développer en matière d'actions de promotion de la santé mentale (*CPAM*) :

- Simplifier l'approche de la promotion de la santé mentale de façon à identifier où intervient le champ de la santé.
- Intégrer la promotion de la santé mentale aux actions quotidiennes de chacun par un partage de valeurs.

*Les attentes se répartissent en niveaux fort différents, voire divergents. Elles sont en effet d'ordre soit organisationnel, soit conceptuel. Une absence de constat partagé et de priorités de travail clairement affichées posent à nouveau les mêmes questions : s'agit-il de réalités géographiques particulièrement diverses ou d'une connaissance partielle du terrain ?*

## 2. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS AUPRES DES PROMOTEURS DE TERRAIN

Structure(s)	Interlocuteur(s)	Fonction	Intitulé de l'action
Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) 35	Anne LEBORGNE BRIAND	Chargée de projet	Éducation pour la santé à la Maison d'Arrêt de Rennes
Institut Universitaire technologique (IUT) – Lannion	Dominique OMNES	Infirmière	Gestion du stress - Prévention de la souffrance psychique
	Alain CLEC'H	Responsable administratif	
Foyer de Jeunes Travailleurs La Motte Baril – Rennes	Gilles TROTIN	Animateur	Le théâtre pour parler autrement de la souffrance psychique et du phénomène suicidaire
Association Don Bosco, Service de Prévention Spécialisée – Brest	Marcelline BARNOUD	Chef de service	Le corps, cet inconnu... ?
	Servanne MEHEUX	Infirmière psychiatrique – Educatrice de rue	
Mission locale du Pays de Brest	Yvonne PLOUZENNEC	Conseillère insertion	Action de promotion globale - Santé bien-être auprès de jeunes stagiaires en insertion
Relais Prévention Santé – Vannes	Nathalie GIRARD	Coordinatrice	Relais prévention santé Vannes – Forum, Ateliers santé Souffrance psychique
Association Maison de l'Argoat, CHRS – Guingamp	Marie-Christine DAVID	Coordinatrice	Accompagnement Santé - Point santé et Ateliers sensoriels d'Ariane
Inspection Académique des Côtes d'Armor, Service Médical Elèves	Annie LE COZ	Médecin conseiller technique	Programme départemental d'éducation à la santé "Léo et l'eau"
Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Côtes d'Armor	Jacqueline HELLIER-GREE	Responsable du secteur prévention	

Les entretiens ont porté sur les éléments suivants :

- Description de l'action et ses caractéristiques en tant qu'action de promotion de la santé mentale
- Processus d'élaboration du projet et éléments indispensables pour intervenir dans ce champ
- Conditions préalables nécessaires
- Partenaires incontournables et degré de leur implication
- Eléments sur lesquels le projet a agi et ses limites quand il n'a pas atteint les objectifs visés
- Rôle et limites de la mission du promoteur d'action
- Difficultés rencontrées et besoins correspondants
-

---

## 2.1. LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE DANS LES PROJETS SANTE

---

### 2.1.1. LA TERMINOLOGIE ET LE CONCEPT

La terminologie « promotion de la santé mentale » est rarement employée lors des entretiens. Les interlocuteurs dont la mission première relève de la prévention santé usent du terme « promotion de la santé ». Les autres acteurs emploient des termes tels que « accompagnement santé », « prévention », « atelier santé », « éducation à [ou pour] la santé ». L'ensemble des acteurs affirme la nécessité d'utiliser de préférence des termes tels que santé – bien-être, tant auprès d'autres professionnels qu'auprès des publics. Pour exemples, la question peut être ainsi présentée : « *comment être au mieux de sa forme pour engager une démarche d'insertion et, quand on ne va pas, trouver une solution, de l'aide* ». L'entrée utilisée – « *pourquoi je suis pas bien dans ma peau ?* » – couplée à des techniques ludiques d'animation permettent d'amener les jeunes à réfléchir sur le sujet sans les faire fuir avec la question directe des souffrances psychiques.

L'action mise en place sous l'intitulé « *vous n'avez pas le moral, parlons-en...* » n'a ainsi pas mobilisé tous les publics souhaités. L'explication avancée est la réticence, tant des professionnels que des publics, à traiter de cette question en dépit des précautions oratoires.

Pour l'un des acteurs, la notion de « santé mentale » renvoie simultanément à la prévention soit primaire, soit secondaire, soit tertiaire. La terminologie « promotion de la santé mentale » n'est donc pas considérée comme adéquate pour un dispositif qui n'a pas prétention à intervenir sur l'ensemble de ces volets.

Un promoteur intervenant en milieu scolaire a fait le choix d'une approche globale de la santé, d'un programme et d'un support pédagogique offrant une approche thématique n'éveillant aucune réticence. L'action de ce promoteur ne peut se mettre en place sans une première étape de dédramatisation de la question et de ce que proposent les animateurs. Les enseignants manifestent en effet leur souhait d'aborder la question tout en craignant ce que peut faire émerger chez les enfants ce type de travail sur la santé mentale ; d'où la nécessité de se montrer très prudent dans l'emploi du terme « santé mentale » ou d'une terminologie telle que « développement des compétences psychosociales ». La crainte des oppositions que peut soulever cette thématique a conduit le promoteur à n'informer qu'avec beaucoup de prudence les parents sur le programme mis en œuvre auprès de leurs enfants. Le thème de l'eau traité dans l'outil permet une première accroche et d'éviter ainsi l'affichage d'un programme trop « psy » (sic) qui pourrait faire reculer les enseignants. Le même constat est fait avec le programme Calypso ; une entrée par la prévention des conduites à risques est plus opportune qu'un affichage santé mentale. C'est ainsi qu'une action tentant de mobiliser les collégiens sur le thème du mal-être et de la gestion du stress a échoué : peu d'élèves et les moins en difficulté ont bien voulu participer.

*Trois facteurs expliquent la non utilisation de la terminologie « promotion de la santé mentale » chez les acteurs interrogés : un emploi déjà rare du terme « promotion de la santé » ; une représentation de la santé mentale marquée par l'approche psychiatrique ; la volonté de ne pas heurter les représentations de la santé mentale qu'ils présument négatives chez leurs partenaires et public. Ces questions de terminologie manifestent une méconnaissance des notions de santé mentale et de promotion de la santé mentale ; ce qui laisse supposer que les fondements théoriques de la promotion de la santé mentale sont donc ignorés.*

## **2.1.2. LA PROBLEMATIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE DANS LE TRAVAIL DE TERRAIN**

Le programme de promotion de la santé mentale peut être issu d'une préoccupation institutionnelle corrélée à l'inscription de la santé dans les missions du dispositif, appuyée par des directives nationale et régionale. C'est le cas spécifiquement pour le suicide dans un établissement pénitentiaire d'Ille-et-Vilaine et pour la santé plus largement à la mission locale de Brest.

La majorité des dispositifs élaborent un programme de promotion de la santé mentale suite à un constat des professionnels, éventuellement corrélée à une consultation, en amont, de la population.

Plusieurs actions de promotion de la santé mentale s'inscrivent dans le dispositif d'accompagnement des publics, particulièrement en matière d'insertion.

Par exemple, un rapport réalisé par le Foyer de Jeunes Travailleurs a intégré une évaluation dans laquelle sont recensés les problèmes rencontrés par les jeunes. Le recensement démontre que le nombre de personnes présentant des difficultés augmente ; elles seraient liées à leurs recherches d'emploi infructueuses, à un mauvais choix de filière de formation, à une rupture de liens, à un rapport au corps difficile, à des obstacles à leur intégration dans le groupe, explique la personne interrogée. Des inquiétudes importantes concernent les jeunes qui échouent dans tous les dispositifs qu'ils intègrent.

De son côté la mission locale est consciente que la santé constitue un atout pour s'insérer alors que la précarité fragilise la santé mentale et aggrave ses manifestations. Après une période d'environ trois mois de chômage, les jeunes s'isolent, perdent confiance en eux parce que l'identité au sein de la société passe par un travail qu'ils n'ont pas. Cette situation est accentuée par une norme locale pressante, la réussite scolaire ; norme d'autant plus pesante que les jeunes accueillis en mission locale sont fréquemment en échec scolaire (référence à une étude de Marie Choquet des années 1990 réalisée notamment sur le département du Finistère).

Les personnes accueillies en CHRS, constate un autre promoteur interrogé, sont en rupture sociale, n'ont aucun projet ni souhait de prendre en charge leur santé. Elles ne recourent pas aux dispositifs de droit commun, ne souhaitent plus avoir à faire au secteur psychiatrique en raison, souvent, d'un lourd passé. Les soins, la santé constituent pour elles une violence ; elles se trouvent incapables d'en parler et sont donc dans le déni de leurs besoins de soins. Le CHRS conditionne pourtant leur accueil à l'engagement dans une démarche de santé ; or les personnes n'y sont pas prêtes. Les problèmes de santé doivent donc être réglés pour pouvoir engager une

démarche d'insertion qui, sans cela, échoue. Le CHRS constitue donc un dispositif passerelle où l'infirmier, le psychologue adoptent une démarche active auprès des personnes, là où elles se trouvent – atelier, chantier, domicile. Il s'agit de renouer un lien avec un professionnel de confiance, puis de travailler sur l'élaboration de la demande et d'accompagner une reprise de contact avec un lieu identifié santé et éventuellement une prise en charge de droit commun. Avec le temps, des choses peuvent s'enclencher pour aboutir à un accompagnement individuel si besoin.

*Les préoccupations de santé mentale peuvent certes naître d'une initiative ou d'une mobilisation de tous les niveaux – national, régional, local – et de tous types d'acteurs – politique, institutionnel, professionnel, population – mais leur implication respective et leur degré de participation à la construction de la problématique sont néanmoins fort inégaux. Parmi les actions identifiées par les décideurs, peu s'inscrivent explicitement dans le Programme régional de prévention du suicide. Par ailleurs, les projets mis en œuvre se réfèrent aux constats réalisés sur le terrain mais plus rarement aux caractéristiques épidémiologiques et socioculturelles du suicide en Bretagne. Une exception notable à signaler : la mission locale qui avait été associée à l'étude citée. Les structures mènent essentiellement des actions de promotion de la santé quand ces actions trouvent une implication dans la réalisation de leur mission première. Le degré des difficultés d'ordre psychique identifiées conditionne le traitement qui en est fait ; lorsque ces difficultés ne relèvent pas de la prise en charge, la promotion de la santé mentale prend alors sa place dans la démarche globale du dispositif en question par un accompagnement individuel et collectif.*

### **2.1.3. LA PROBLEMATIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE DANS LE TRAVAIL DE TERRAIN ET SA TRADUCTION DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC**

Les références théoriques mises en avant dans l'action de promotion de la santé mentale renvoient aux connaissances acquises par le professionnel au cours de sa formation initiale. L'infirmière cite la démarche de santé publique et l'éducation à la santé telle que définie dans sa mission ; l'animateur socio-culturel trouve ses repères dans l'éducation populaire ; l'éducateur de rue met largement en avant les fortes valeurs qui fondent ses méthodes d'intervention ; l'éducateur pour la santé s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé tout comme le conseiller d'insertion qui travaille en étroite collaboration avec lui.

Ces références multiples correspondent néanmoins, pour leur grande majorité, à des principes d'action relativement communs. L'objectif principal des ateliers santé mis en place est de faire émerger et développer les ressources des publics en termes d'esprit critique, de capacité d'analyse des situations, d'aptitude à faire des choix et d'en assumer les conséquences. Objectif, démarche, règles de fonctionnement sont toujours explicitées aux publics. Ce dispositif fonctionne toujours avec des groupes restreints pour des séances régulières et organisées sur plusieurs mois.

Les besoins et attentes des publics sont recueillis sous formes de questionnaires ou de techniques plus élaborées de recueil des représentations. Celles-ci démontrent combien leurs préoccupations ne correspondent pas nécessairement à celles des animateurs ; ces derniers modifient ainsi leurs propres représentations de leur public. La mise en exergue de la subjectivité des représentations permet parallèlement de travailler l'écoute, le respect des différences de chacun ainsi qu'un travail sur les connaissances. Cette première étape permet aux publics de se mettre en quête de ce qu'ils peuvent faire évoluer, tant individuellement que collectivement par la découverte d'autres points de vue, l'acquisition de savoirs et la construction collective de solutions. L'expérimentation occupe une place importante dans le processus ; les possibilités d'élargir celle-ci hors du cadre protecteur du groupe sont recherchées. Enfin les réalisations du groupe sont valorisées : l'exploitation des supports élaborés, la présentation du travail réalisé dans le cadre d'un colloque font partie intégrante du processus.

Avec un public en grande difficulté, la démarche de l'atelier peut débuter par une toute petite chose comme le plaisir d'être ensemble, la valorisation des ressources de la personne. Le support collectif sensibilise la personne et lui permet d'initier une démarche vers l'infirmière qui anime l'atelier santé.

La présence de deux intervenants constitue la possibilité d'assurer le repérage des personnes, particulièrement chez les jeunes, qui pourraient mal vivre l'animation ; un observateur est la garantie de pouvoir s'isoler avec la personne en difficulté et de l'orienter vers le professionnel ad hoc.

Par exemple, un atelier théâtre permet d'aborder la confiance en soi, le rapport aux autres, la prise de distance, l'auto-dérision, la dédramatisation quand c'est possible, de montrer que le stress peut être générateur d'éléments positifs. Des personnes en grande difficulté psychologique peuvent ainsi s'investir sur un projet commun, découvrir leurs potentialités, une place dans le groupe et une utilité. Conduites addictives, estime de soi, violence, rapport aux autres, conditions sociales et de travail constituent quelques-uns des sujets qui apparaissent quand il est question d'évoquer les souffrances psychiques avec des jeunes.

Un atelier de sophrologie permet aux étudiants d'apaiser le stress, voire les angoisses, auxquels ils sont confrontés, d'acquérir des techniques qu'ils utilisent ensuite en situation difficile.

La présence d'un professionnel de santé mentale permet, selon les situations, un travail sur les peurs et freins du recours aux soins, un apport expert de connaissances, l'identification d'une personne ressource. Le but est alors d'aider les personnes à identifier à quel moment elles ont besoin de se faire aider et recourir au système de soins.

Pour exemple, un outil développé par le Relais Prévention Santé de Vannes par une dizaine de professionnels de la santé mentale permet d'aborder les questions suivantes : la définition de la dépression et ses signes d'alerte, les écueils à éviter, les différents professionnels de la santé mentale, la charte des patients, les lieux ressources, les ressources personnelles mobilisables. A cela s'ajoutent des créations artistiques sur le sujet réalisées par les publics, un panneau sur la phobie sociale rédigé par une personne qui en est atteinte et validé par un soignant, la présentation de l'Association Jeunes paroles Espoir.

Seul un promoteur d'action de terrain fait état d'un travail avec les personnes, non seulement sur les dimensions individuelles des facteurs de risque de suicide, mais également sur les conditions du milieu de vie dont l'institution est en mesure de se saisir. Il s'agit pourtant d'un milieu – la prison – parmi les plus contraignants, compte tenu de ses impératifs sécuritaires.

*Aucune référence n'est faite au cadre conceptuel de promotion de la santé mentale tel que défini en région ; état de fait compréhensible étant donnée la méconnaissance déjà constatée des concepts de « santé mentale » et « promotion de la santé mentale ». Deux modes d'intervention sont identifiables : d'une part, une approche qui relève davantage de la promotion de la santé, une démarche élargie à de multiples thèmes de santé ; d'autre part, une approche cadrée, construite autour de l'identification par les personnes des signes de souffrance psychique et d'un rapprochement vers le système de soins.*

---

## **2.2. ROLES ET MISSIONS DES PROMOTEURS D' ACTIONS DE TERRAIN**

---

### **2.2.1. TROIS NIVEAUX D'IMPLICATION**

Trois niveaux d'implication sont identifiables dans les actions de promotion de la santé mentale :

- Des professionnels avec un pouvoir de décisions
- Des acteurs en intervention directe auprès de leurs publics
- Des acteurs relais de l'action

#### *2.2.1.1 Des acteurs décisionnels*

Certains programmes de promotion de la santé mentale, lorsqu'un professionnel de ce champ porte le projet, impliquent les professionnels des dispositifs concernés par un processus de formation action. La démarche la plus aboutie associe responsable(s) ou employé(s) des différents services qui composent l'établissement. Il est essentiel que les professionnels impliqués dans le projet le portent activement afin de pouvoir interroger le fonctionnement de leurs services respectifs et proposer de nouvelles initiatives à leurs collègues. Seule cette participation active peut susciter une dynamique auprès des professionnels absents du projet. Un travail de compréhension du fonctionnement et des missions des différents services est poursuivi. En effet, les approches et attentes sont très différentes en fonction des services, des professionnels et des personnes elles-mêmes. Une meilleure connaissance entre eux favorise le décloisonnement des services, la clarification de certains malentendus. Chacun apprend à connaître les différents professionnels, leurs missions, leurs réalités de travail, leurs attentes respectives. Une importante réflexion est menée sur ce que recouvre la promotion de la santé

mentale, sur les approches possibles hors prévention primaire spécifique. Les missions et compétences de chacun sont étudiées afin d'identifier en quoi elles peuvent participer à la démarche de promotion de la santé mentale auprès de leur public spécifique. Ce travail est l'occasion de faire ressortir ce que les professionnels mettent déjà en œuvre dont ils n'ont pas nécessairement conscience et de repérer les conditions favorables à un mieux-être de leur public. La mise en œuvre d'une démarche en promotion de la santé mentale reste toutefois fragile ; l'implication de nouveaux professionnels, le retrait du promoteur de santé sont des éléments fragilisant l'inscription d'une démarche de promotion de la santé mentale dans l'établissement. Par exemple, la participation effective du public à l'identification des besoins et à la construction des solutions reste difficile à inscrire dans les pratiques.

Le professionnel de la promotion de la santé mentale apporte une aide méthodologique, assure le suivi et la cohérence du projet. Il occupe également une fonction d'intermédiaire ; il rend compte des solutions proposées par le public que le groupe de travail de professionnels peut mettre en œuvre. Les acteurs ont toutefois beaucoup de mal à clarifier le rôle de l'éducation pour la santé dans le champ de la santé mentale. Le promoteur de la santé est ainsi confronté à un problème de légitimité sur un champ qui relève, pour beaucoup de ses interlocuteurs, des compétences de professionnels de la maladie mentale. C'est ainsi que des professionnels d'une structure suivent une formation sur la prévention du suicide assurée par un psychiatre sans qu'aucun lien ne soit fait avec le projet santé. Le spécialiste de la promotion de la santé représente essentiellement un interlocuteur neutre qui permet au groupe de professionnels de se rencontrer et de se poser réciproquement des questions. Il ne trouve de légitimité qu'à la mesure de celle que veut bien lui accorder l'institution ; légitimité qui peut lui être retirée à tout moment.

#### *2.2.1.2 Des acteurs auprès des publics*

D'autres actions sont portées par un professionnel intervenant auprès du public. L'animateur conçoit alors l'accompagnement santé comme partie intégrante de sa mission. Un animateur socio-culturel, un formateur, un assistant social d'insertion, un infirmier partagent une même préoccupation : acquérir les connaissances nécessaires à la compréhension de la souffrance psychique, les modes d'accompagnement possibles, les relais existants. Des groupes de supervision ou d'échanges de pratiques, des formations communes sont repérés comme une aide précieuse afin d'élaborer des réponses collectives aux problèmes identifiés.

Par exemple, la première année de test du programme « Léo et l'eau » dans une école a permis de repérer les besoins en formation ; pour les infirmières et médecins, l'animation collective ; pour l'ensemble des animateurs, les façons de favoriser l'expression des enfants. Des formations sont mises en place au bénéfice de tous les professionnels susceptibles de porter le programme. Elles proposent les apports suivants : une découverte de l'outil pédagogique, une clarification des places respectives des animateurs et enseignants, les principes et techniques d'animation de groupe – écoute, capacité d'adaptation, prise en charge des révélations – ; divers

autres thèmes sont également abordés avec l'appui de pédopsychiatres et psychologues travaillant en thérapie de groupe en CMP. Un canevas d'intervention est proposé qui sécurise les animateurs. Des fiches atelier sont adjointes au coffret. Des échanges de pratiques sont également assurés en fin d'année, suivis de formations adaptées aux besoins repérés chez les animateurs du programme.

L'infirmière d'un établissement universitaire est parvenue à associer le pôle universitaire de St Brieuc, des secrétaires, enseignants, professeur de sport à un stage assuré par l'ADOSSEN sur le thème de la prévention du suicide. Cela a permis d'initier une collaboration. Les enseignants sont mobilisés par l'intermédiaire des chefs de départements régulièrement consultés sur les problèmes qu'ils repèrent. Des réunions associent également les enseignants. Deux ou trois enseignants par département suffisent à assurer un système de veille de l'état de santé des étudiants. La visite médicale est également l'occasion de repérer si des choses vont mal ; les secrétaires apportent leur contribution lors de l'organisation des stages à l'étranger. Le responsable administratif reconnaît également une place importante aux agents de service qui ont un contact de proximité avec les étudiants. Chacun est en mesure d'apporter une contribution, selon sa volonté bien sûr. La participation de tous – équipes pédagogique, administrative, médicale et paramédicale, étudiants, parents – permet de régler de toutes petites choses qui prendraient, sans ce travail de concertation, une ampleur plus grave.

### *2.2.1.3 Des acteurs relais de l'action*

Un troisième niveau d'association des professionnels intervenant auprès du public concerné relève davantage d'une mise à contribution minimale. Leur est confiée la mobilisation du public ; leur est proposé un accompagnement éventuel sur la manière de gérer ce que peuvent engendrer les ateliers par la suite, et plus rarement sur les éléments de repérage des gestes suicidaires, les mots à dire et à ne pas dire.

Le Relais Prévention Santé assure lui-même l'animation des ateliers. Ses objectifs concernent les publics : lever le tabou de la maladie mentale qui renvoie à la folie, changer la mauvaise perception du milieu psychiatrique, développer les démarches de soin chez ceux qui en ont besoin. Le Relais sensibilise les travailleurs sociaux, anime les ateliers auprès de leur public, en leur présence ou non selon le choix des personnes et des thématiques abordées ; les spécialistes du champ de la santé mentale sont conviés pour assurer la co-animation. Le Relais s'appuie donc sur les professionnels du social, du sanitaire, sur les institutions afin de favoriser le travail qu'il mène auprès des publics.

Dans le programme « Léo et l'eau », infirmières et médecins scolaires ainsi que des animateurs du service de promotion de la santé en faveur des élèves et de la CPAM portent le programme dans les écoles et animent l'outil avec les enfants. Les enseignants sont informés du programme proposé. L'enseignant est chargé de présenter aux enfants le travail qui va être réalisé ; un planning des séances lui permet d'aborder certaines questions de connaissances – sur l'eau par exemple – questions physiologiques, environnementales, d'hygiène – lors des cours qu'il assure. Il est absent des séances ou bien, en cas de présence, il lui est demandé de rester neutre afin que soit garantie auprès des enfants la sécurisation nécessaire en termes de respect de sa parole,

de confidentialité. Un compte rendu de la séance est toujours fait à l'enseignant. Son adhésion à la démarche tient aux thèmes traités dans l'outil qui s'intègrent au programme de troisième cycle relatif à l'action civique ; l'outil permet de renforcer les activités prévues par l'enseignant sans accroître sa charge de travail. Il renforce par ailleurs les liens entre équipes pédagogiques et médico-sociales, inscrit la santé dans l'éducation.

*L'implication des professionnels des structures, et donc leur formation, l'accompagnement qui leur est proposé et leur degré d'implication, sont très variables selon le programme. Formation action, supervision, échanges de pratiques constituent les trois formes que revêt le développement des compétences ; ils ne s'appliquent toutefois pas aux mêmes professionnels, selon leur degré de participation au programme et les missions qui leur sont octroyées. Cette diversité interroge les conceptions de la promotion de la santé mentale sur le terrain : sur quels critères repose le choix des modes et degrés d'implication des professionnels au contact quotidien des publics concernés ?*

### **2.2.2. DES COLLABORATIONS NECESSAIRES**

Les porteurs de projet s'entourent assez naturellement des intervenants et personnes ressources susceptibles de leur apporter des compétences complémentaires. Afin de les identifier, ils participent largement aux différents groupes de travail mis en place localement. Ces instances ne permettent parfois que de prendre connaissance des ressources potentielles locales auxquelles faire appel pour des apports de connaissances dans le cadre des ateliers santé ou pour une prise en charge du public. D'autres instances, préférées parce que plus productives, favorisent un réel travail partenarial, notamment sur les méthodes de prévention et la mise en synergie des actions. Elles renforcent également la connaissance des partenaires, de leurs missions et compétences respectives, par le travail d'élaboration commun qu'elles développent.

L'appui et le relais des professionnels et services de santé mentale constituent une nécessité fortement soulignée par l'ensemble des acteurs. Une permanence de psychologue au sein du dispositif est souvent mise en place en vue d'un premier accompagnement des personnes en difficulté. La seconde étape pour un accompagnement prolongé, voire médical, est le recours au système de soins externe.

Cependant, deux réserves sont émises. D'une part, il ne s'agit pas de tout psychologiser (sic) ; parfois, le médecin généraliste ou quelques rencontres avec l'infirmière suffisent à aplanir la situation de stress. D'autre part, un constat général des difficultés d'accès au système de soins en santé mentale est mis en exergue par les interlocuteurs. Un acteur insiste également sur l'accompagnement déficient des jeunes les plus marginalisés : il n'est proposé que pour quelques jours. Aucun projet de soins n'est en effet possible sans projet social ; donc le secteur psychiatrique rejette la charge des jeunes les plus en difficulté sur le champ social, privilégiant ceux qui ont un entourage et un projet envisageable.

Au sein même de certains programmes de promotion de la santé mentale, l'implication des professionnels de la santé mentale est signalée comme indispensable.

La Relais Prévention Santé anime un groupe de travail rassemblant des spécialistes du champ de la santé mentale ; ce groupe participe à l'élaboration du projet de promotion de la santé mentale et apporte son savoir auprès des publics lors des ateliers santé afin d'en garantir la qualité et éviter les confusions de rôle. L'action est préparée avec les professionnels de la santé mentale ; l'outil d'animation construit avec eux afin que l'ensemble des groupes suive le même parcours. De même, il est parfois nécessaire d'orienter des personnes vers le soin ; d'où l'importance de la mise en réseau avec des libéraux, des salariés, les hôpitaux. En dépit de leur manque de disponibilité, les soignants adhèrent à la démarche parce qu'intéressés par une rencontre avec des publics différents et d'autres professionnels. La difficulté essentielle réside dans des désaccords de fond sur les cadres théoriques entourant la questions de la santé mentale ; le poids de l'hôpital par rapport au libéral se fait également sentir ; les psychologues ont encore une place à trouver. Le collectif ne peut donc se construire que dans un temps relativement long.

Dans le cadre du projet en milieu pénitentiaire, la légitimité du pilotage d'un groupe de travail sur la prévention du suicide n'est accordée par la direction et les différents services de l'établissement pénitentiaire qu'au seul SMPR. Toutefois des logiques différentes peuvent conduire à des impasses dont il est particulièrement difficile de sortir. Ainsi, deux raisons ont compromis la mise en place du groupe de travail sur le suicide : d'une part, les arrêts maladie et le changement d'équipe du SMPR ; d'autre part le refus du SMPR d'assurer le pilotage du groupe. En effet, précise la personne interrogée, la relation de confiance qu'ils doivent établir individuellement avec chaque détenu peut être compromise si les détenus apprennent que le SMPR travaille étroitement avec d'autres professionnels et notamment ceux de l'administration pénitentiaire, chargés des aspects répressifs. La relation d'ordre thérapeutique peut également pâtir d'un nouveau positionnement du soignant de l'ordre de l'éducatif. Une alternative a été trouvée : confier le pilotage du groupe à un professionnel du SMPR qui n'intervient pas directement dans l'établissement concerné. Le SMPR et l'UCSA soulèvent également la préoccupation commune du secret professionnel défendu par le soignant, auquel les services pénitentiaires peuvent opposer les questions de sécurité. Le psychiatre a également toute sa place dans la réinterrogation des protocoles mis en place dans la prévention du suicide, notamment en terme de transmission des informations. Un cas de réussite est signalé dans la collaboration entre CMP et chantier d'insertion qui repose beaucoup sur la bonne connaissance entre professionnels, des rôles et missions respectifs.

*Le souci de recourir à des personnes ressources compétentes afin de garantir la qualité de l'action remporte l'unanimité. Des modes de collaboration divers avec le champ du soin en santé mentale sont imaginés dont les objectifs sont multiples.*

*L'un des programmes met l'accent sur le travail de décloisonnement des champs d'intervention, sur les collaborations et articulations possibles, sur l'évolution des pratiques auprès des publics autant qu'envers les autres professionnels dans un objectif large de programme intégré de promotion de la santé mentale.*

*Un second privilège le travail intra-professionnel des spécialistes du soin en santé mentale et met ces derniers en position d'experts unilatéraux de la question. Une dimension essentielle de la promotion de la santé mentale est donc omise ; lever les freins personnels des publics dans le recours au système de soins sans envisager les conditions de prise en charge ne risque-t-il pas de confronter ces personnes à de nouvelles déconvenues et à renforcer leurs anciennes réticences ?*

---

## **2.3. ROLES ET MISSIONS DES INSTANCES DECISIONNELLES**

---

### **2.3.1. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS**

Le soutien d'une autorité reconnue au sein du dispositif est désigné comme une condition indispensable à la réussite du projet. Ainsi, la présence du directeur adjoint à toutes les réunions, du directeur et des chefs de service au comité de pilotage procure une reconnaissance au projet et permet aux professionnels de se mobiliser tant en terme d'investissement que de temps. Il est ainsi nécessaire que l'implication du professionnel soit reconnue formellement par l'institution.

L'infirmière de l'établissement universitaire note qu'aucun financement n'aurait été possible en matière de formation des professionnels, de rénovation des locaux, de mise en place d'un atelier de sophrologie sans l'appui et la mobilisation de la direction. Le directeur a lui-même contacté le rectorat de façon à ce que l'équipe enseignante, les secrétaires puissent participer au stage proposé sur la prévention du suicide. Le responsable administratif souligne que les propositions de l'infirmière sont intégrées au projet global d'accompagnement des étudiants. C'est ainsi que la direction a accédé à sa demande de recruter un psychologue, rémunéré sur les fonds de l'université.

L'institution est garante des démarches engagées et de leur pérennité, de l'existence des compétences adéquates. La méfiance de la direction quant à l'intervention d'un sophrologue a nécessité qu'un premier test soit effectué auprès des enseignants avant que l'atelier ne soit proposé aux étudiants ; le directeur a lui-même rencontré le sophrologue. Les ateliers proposés aux professionnels ont été financés dans le cadre de la formation continue. La première année, sur demande du directeur, l'infirmière a assisté à l'ensemble des séances.

Si l'infirmière quitte son poste, les entretiens de recrutement doivent permettre à la direction de s'assurer que son remplaçant maintiendra l'ensemble du dispositif mis en place.

Plus largement, le responsable administratif reconnaît toute l'importance d'un environnement favorable pour le bien-être des étudiants que la direction peut aider à développer ; cela concerne aussi bien la vie associative, que l'accès à la culture et au sport, ou la mise à disposition de locaux conviviaux, de transports désenclavant le

site. Cela reste malgré tout très difficile ; par exemple la ville a accepté d'ajouter deux navettes de transport qui ne sont pas utilisées par les étudiants ; des problèmes persistent pour collecter des informations sur la vie du campus car la vie associative en est absente.

L'institution doit également pouvoir assurer des conditions favorables aux professionnels pour qu'ils puissent développer efficacement un programme de promotion de la santé mentale. La mise en place d'un accompagnement technique et la coordination de l'équipe de professionnels doivent favoriser les réflexions sur les pratiques collectives. « *Accompagner des personnes en grande difficulté psychologique, sans projet, atteintes de troubles du comportement demande beaucoup de travail et d'énergie pour arriver à faire éclore une demande chez ces personnes, qu'elles retrouvent un sens à leur vie* » précise le promoteur d'action rencontré. Les professionnels ont donc d'autant plus besoin de sens dans un projet collectif qui maintienne une dynamique. Ne leur demander aucun rendu sur ce qu'ils ont développé est perçu, *a contrario*, comme une marque de désintérêt de l'institution peu propice au maintien de leur motivation.

L'institution a également une responsabilité dans sa capacité à se saisir des demandes issues des travaux menés avec les personnes. Ainsi, les résultats du travail mené avec les détenus ont conduit l'établissement à réformer certains de ses fonctionnements pour limiter les facteurs de risque suicidaire. Dans le cadre de l'atelier santé, les détenus ont par exemple fait part de leur manque d'attention lorsqu'ils sont reçus pour un premier entretien lors de leur arrivée en prison du fait d'une peur trop forte et de la prise de médicaments. Un conseiller d'insertion et de probation s'est saisi de ce constat. Le service expérimente une nouvelle formule : le premier rendez-vous entre travailleur social et primo-arrivant se passe rapidement puis une seconde rencontre est proposée quelques jours après au moment où le détenu a pu retrouver un certain équilibre. De même, la cellule d'arrivée, signalée par les détenus comme dégradée, est nettoyée et remise en état sur consigne de la direction. La question de l'accueil et des parloirs évoquée dans le document élaboré par les détenus sera par ailleurs traitée par le directeur dans le cadre des réunions inter-services.

Des logiques divergentes peuvent toutefois notablement freiner la prise en compte d'éléments mis en avant par le projet de promotion de la santé mentale. Ainsi la question des conditions de vie des détenus reste un sujet sensible car l'administration pénitentiaire craint le développement de revendications susceptibles d'entraîner des risques en terme de sécurité. Les paroles de détenus doivent être amenées au moment opportun et démontrer leur pertinence ; faire la preuve de l'intérêt que peut trouver la structure à les prendre en compte pour son meilleur fonctionnement – y compris au bénéfice de la sécurité et des personnels – représente un atout supplémentaire. Sur un autre plan, l'absence d'une politique éducative cohérente au sein d'un établissement et surtout le refus de la direction de la questionner sont cités comme des obstacles majeurs au développement d'un projet de promotion de la santé mentale.

*L'implication de l'institution dans un programme de promotion de la santé mentale est de plusieurs ordres : son rôle est moteur pour l'implication des professionnels ; il apporte un appui financier ; il est également garant des méthodes et compétences employées. Sa responsabilité est également considérable dans la mise en cohérence des objectifs poursuivis par le projet et des facteurs environnementaux dont il a la charge ou sur lesquels elle peut avoir quelque pouvoir. Enfin, son souci doit être de pérenniser les dispositifs mis en place. Ces préoccupations et la réalité de leur prise en compte restent toutefois marginales sur l'ensemble des programmes. Là encore, ce constat marque une méconnaissance du champ de la promotion de la santé mentale et de l'importance de son volet environnemental. Un autre facteur n'est pas à négliger : quelles possibilités les professionnels ont-ils d'interpeller leur propre direction ?*

### **2.3.2. LES DECIDEURS**

Le renouvellement des subventions, au-delà du fait qu'il permet de poursuivre l'action, est également symboliquement important ; il signifie au professionnel que son analyse de la situation, ce qu'il met en œuvre, ses résultats conviennent, vont dans le bon sens.

Des attentes sont formulées pour qu'un réel processus d'évaluation assuré par un intervenant extérieur soit pris en compte dans les financements afin de mettre en valeur ce que produisent les projets, en tirer des préconisations pour le programme suivant. Les grilles d'évaluation soumises aux promoteurs d'action ne laissent en effet que peu de place à l'explication de ce qui est réellement développé. Le même acteur déplore que le temps passé à l'évaluation soit supérieur à celui consacré à l'élaboration du projet sans garantie qu'il en sera vraiment tiré des connaissances.

L'appui politique est également cité comme indispensable pour soutenir les démarches de promotion de la santé mentale. Un promoteur de la santé estime tirer sa légitimité initiale de l'incitation de la DRSP pour que les établissements pénitentiaires s'inscrivent dans le processus de formation action.

En revanche les calendriers institutionnels d'attribution des subventions sont à de nombreuses reprises désignés comme un frein considérable à la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale. L'accord ou le refus d'attribution d'un financement n'intervient qu'en milieu d'année et les fonds versés sont plus tardifs encore. Or, les structures n'ont pas les moyens d'avancer les fonds, ce qui pénalise la mise en place des projets au moment où les besoins se font sentir.

Par ailleurs, les dispositifs développés dans le cadre de la promotion de la santé mentale nécessitent une assise dans le temps. Ils devraient donc bénéficier d'une pérennité des financements afin d'assurer l'investissement dans la durée d'un personnel recruté en CDI. Auparavant, des rencontres avec les financeurs sur les lieux mêmes des dispositifs permettaient de faire la preuve de l'importance des demandes effectuées, que les dossiers de demande de subvention traduisent mal.

Plus ambitieusement encore, un programme de promotion de la santé mentale nécessiterait d'être continu à chaque âge de la vie. Déclencher des progrès chez les enfants n'a d'intérêt que si le relais est pris les années suivantes pour développer les potentiels mis en valeur. Certains adolescents vont mal, dont en amont. Deux interlocuteurs ajoutent que seul un cumul d'actions permet un réel changement des personnes alors que, dans le même temps, le statut précaire des structures d'insertion ne leur permet pas de développer les aspects santé.

*Par son poids décisionnel et financier, le décideur oriente nécessairement les actions mises en œuvre. Toutefois, les conditions financières, politiques qu'il est chargé de mettre en œuvre et ses propres difficultés en termes de disponibilités peuvent handicaper ses choix au même titre qu'un acteur de terrain. Un besoin de reconnaissance sur la valeur des actions que l'acteur peut mener est manifeste. Les attentes en matière de formation, d'échanges de pratique, d'évaluation, de communication avec les décideurs sont là pour témoigner de leur souhait d'être reconnus dans leur travail ; travail d'autant moins visible qu'il ne fait souvent l'objet que d'une brève présentation dans un dossier de demande de subvention et dans des grilles d'évaluation désincarnées. Une motivation des choix stratégiques opérés dans la sélection des projets financés d'une part, des démarches évaluatives adaptées à ce que développent les acteurs d'autre part, permettraient d'inscrire les projets dans une dynamique régionale de lutte contre le suicide. Ces deux éléments procureraient par ailleurs une dimension sociétale aux projets locaux.*

## **Remerciements**

Ce travail a largement bénéficié des contributions apportées par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés dans la région. Qu'ils en soient ici remerciés.

**Contact** : CRES Bretagne, Sonia Vergniory, tél : 02 99 67 10 51, [cres.bretagne@wanadoo.fr](mailto:cres.bretagne@wanadoo.fr)

Ce document est disponible au format pdf sur le site de la DRASS Bretagne : <http://bretagne.sante.gouv.fr>



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

MINISTÈRE DE L'EMPLOI,  
DE LA COHESION SOCIALE  
ET DU LOGEMENT

20 rue d'Isly - CS 84224  
35042 Rennes cedex  
Tél. 02 99 35 29 00  
Fax. 02 99 30 59 03  
<http://bretagne.sante.gouv.fr>



Collège Régional d'Éducation  
pour la Santé de Bretagne

1 place du Maréchal Juin  
35000 Rennes  
Tél. 02 99 67 10 51  
Fax. 02 99 67 10 59  
[cres.bretagne@wanadoo.fr](mailto:cres.bretagne@wanadoo.fr)