



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE



Centre
d'analyse
stratégique

N° 24 - 2010

La santé mentale, l'affaire de tous

Rapport du groupe de travail
présidé par Viviane Kovess-Masféty

La santé mentale, l'affaire de tous

Pour une approche cohérente de la qualité de la vie

Rapport du groupe de travail
présidé par Viviane Kovess-Masféty

Travaux coordonnés et rédigés par
Marine Boisson, Clélia Godot et Sarah Sauneron

2010



Réalisation :
Agence COM&O - www.comeo.fr

« En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, complétés par la loi du 3 janvier 1995, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.»

© La Documentation française - Paris, février 2010
ISBN : 978-2-11-008111-7

Sommaire

Introduction

Santé mentale : une configuration inédite ? _____	7
--	----------

Première Partie

La santé mentale, un déterminant de la qualité de la vie ____	15
--	-----------

Chapitre 1 : Le renouvellement du concept de santé mentale _____	19
---	-----------

1. Une notion complexe _____	20
2. Comment modéliser la santé mentale ? _____	24
3. La santé mentale à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions _____	28

Chapitre 2 : La santé mentale et le bien-être, des questions publiques __	35
--	-----------

1. Une stratégie impulsée par l'OMS _____	36
2. L'importance de la santé mentale pour atteindre les objectifs stratégiques de l'Union européenne _____	42
3. Au Canada, la théorisation d'une « santé mentale publique » ? ____	46

Deuxième Partie

Une spécificité française en matière de santé mentale ? ____	53
---	-----------

Chapitre 3 : Les Français ont-ils plus de « problèmes » de santé mentale que par le passé ? _____	57
--	-----------

1. Renouvellement du trouble mental, progression de la détresse psychologique _____	58
2. La souffrance psychosociale au travail, une problématique émergente en France _____	66
3. Suicide : la question des interprétations _____	75

Chapitre 4 : Les Français sont-ils malheureux ? La part du jugement et du ressenti _____	86
---	-----------

1. Un niveau médiocre de satisfaction _____	88
2. Les spécificités françaises en matière de satisfaction reflètent un système d'attentes _____	94
3. Des émotions et des attitudes plutôt « positives » _____	99

Chapitre 5 : La divergence des sentiers psychosociaux	104
1. Santé mentale et réinvention des rôles féminins et masculins	104
2. La vulnérabilité comme cumul des handicaps	118
3. Identifier les trajectoires en santé mentale pour élaborer des réponses adaptées	128

Troisième Partie

Santé mentale : le rôle clé des acteurs non sanitaires **139**

Chapitre 6 : Un bon départ dans la vie : doter chaque jeune d'un capital personnel	143
1. Accueil et éveil de la petite enfance	143
2. Développer les compétences cognitives, émotionnelles et sociales lors de la scolarité	147
3. L'entrée dans l'âge adulte : des souffrances évitables ?	156

Chapitre 7 : Entreprises et administrations : faire jouer la responsabilité de tous	171
1. Réhabiliter la qualité de vie au travail	172
2. Bien différencier ce qui relève de la responsabilité de chacun	182
3. Préserver la santé mentale des salariés par « gros temps » : de la restructuration au reclassement	190

Chapitre 8 : Un vieillissement « réussi » pour tous ?	195
1. Concevoir un vieillissement heureux et actif	195
2. Répondre aux enjeux du grand âge	206

Synthèse conclusive	221
----------------------------	------------

Tableau récapitulatif : idées reçues et réalité des faits	226
--	------------

ANNEXES **231**

Annexe 1 : Les Français et les addictions : diversité des produits, unité des facteurs	232
Annexe 2 : Classement des pays en fonction des scores obtenus à l' <i>European Social Survey</i>	243
Annexe 3 : Distinguer la satisfaction déclarée et le bien-être ressenti	244
Annexe 4 : L'influence des valeurs sur le bien-être psychologique	248

Annexe 5 : Les attitudes générales des Français face à certaines situations _____	251
Annexe 6 : Quand les liens forts font défaut _____	253
Annexe 7 : Vers une politique de santé mentale au travail _____	257
Annexe 8 : La dépression « au grand âge » _____	258
Annexe 9 : Lettre de saisine _____	260
Annexe 10 : Composition du groupe de travail « Santé mentale et déterminants du bien-être » _____	262
Annexe 11 : Personnes auditionnées _____	264
Bibliographie _____	265



Santé mentale : une configuration inédite ?

La place de la santé mentale dans la vie collective connaît une phase aiguë de médiatisation. La crise de *management* traversée par certaines entreprises ou services publics n'en constitue qu'un des aspects. Car ce n'est pas seulement le travail mais l'ensemble des grands intégrateurs ou domaines de la vie collective (l'école, la famille, le quartier de résidence, etc.) qui sont désormais perçus de manière ambivalente dans leur contribution positive et négative au bien-être. Si une controverse s'amorce actuellement sur les chiffres du suicide lié au travail et sur leur interprétation, l'opinion n'en est pas moins frappée par des drames humains. Une majorité de citoyens se trouve confortée dans l'idée que « la vie serait plus difficile qu'avant », et donc génératrice d'une épidémie de stress, de dépression ou d'anxiété.

Le souci pour les troubles de masse de la subjectivité individuelle imprègne aujourd'hui l'ensemble de la vie sociale. Sans se désintéresser du contexte immédiat, le présent rapport se donne pour objet la capacité structurelle de la société française à prendre en compte les enjeux de santé mentale, notamment dans sa dimension « positive » et de bien-être.

Toutes les conséquences n'ont pas été tirées des nouvelles réalités sociales. La France est devenue une société qui valorise en tout lieu l'autonomie et le projet comme mode d'action et qui place les capacités concurrentielles, d'innovation, d'adaptation au centre de son économie. Simultanément, elle fait l'apprentissage d'une hétérogénéité sociale et culturelle renouvelée, dont les traits les plus saillants sont la diversité des origines, le vieillissement de la population et le remaniement du cycle de vie.

Plusieurs tendances de fond convergent vers une même considération : une vie réussie impliquerait dorénavant la « santé » mentale.

D'une part, la mobilisation actuelle sur la souffrance au travail met en exergue un degré et des formes d'expression du mal-être qui ne sont plus tolérés, et qui sont repérés bien en dehors de cette seule sphère. Elle a été précédée de nombreuses alertes lancées par ces observateurs privilégiés que sont les

médecins du travail, les partenaires sociaux mais aussi les sociologues et les économistes.

D'autre part, le bien-être suscite un consensus croissant comme indicateur alternatif ou complémentaire d'évaluation des performances collectives. Comme cela a été souligné ces dernières années, le PIB ne suffit pas à donner un reflet fidèle de la qualité de la vie¹. Les travaux de la Commission Stiglitz² incitent à une meilleure prise en compte de la dimension subjective du bien-être (évaluation cognitive de la vie, bonheur, satisfaction, émotions positives ou négatives), notamment pour le pilotage des politiques publiques³.

Enfin, au niveau de chaque individu, les différentes formes du « bien-être mental » (désir de réalisation, résilience aux difficultés ou capacité de rebond, empathie et capacité à se lier avec autrui) sont des dispositions plus que jamais jugées nécessaires dans le parcours de vie. Mobilité, responsabilité, complexité... « Il n'y a pas aujourd'hui de santé, de bien-être ni de socialité équilibrée sans santé mentale », pour reprendre la formule d'Alain Ehrenberg⁴. La santé mentale s'impose comme un principe qui porterait à préserver la part affective et subjective en chacun, bien au-delà de ce que pouvaient, par exemple, initialement opposer les normes en « santé-sécurité » dans la sphère du travail⁵.

1 - L'expression « qualité de la vie » est d'ailleurs généralement utilisée dans le rapport en référence aux aspects de la vie qui déterminent le bien-être au-delà des ressources économiques disponibles.

2 - Stiglitz J., Sen A. et Fitoussi J.-P., *Rapport de la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social*, rapport remis au président de la République, 14 septembre 2009. Joseph Stiglitz présidait la commission, Amartya Sen en était le conseiller et Jean-Paul Fitoussi le coordinateur.

3 - Voir le rapport Stiglitz-Sen-Fitoussi précité. La recommandation n° 10 sur « les mesures du bien-être, tant objectif que subjectif » souligne qu'elles « fournissent des informations essentielles sur la qualité de la vie ». Il est préconisé que les instituts de statistiques intègrent à leurs enquêtes « des questions visant à connaître l'évaluation que chacun fait de sa vie, de ses expériences et priorités » dès lors que « la recherche a montré qu'il était possible de collecter des données significatives et fiables sur le bien-être subjectif aussi bien que sur le bien-être objectif. Le bien-être subjectif comprend différents aspects (évaluation cognitive de la vie, bonheur, satisfaction, émotions positives comme la joie ou la fierté, émotions négatives comme la souffrance ou l'inquiétude) : chacun de ces aspects devrait faire l'objet d'une mesure distincte afin de dégager une appréciation globale de la vie des personnes. Les indicateurs quantitatifs de ces aspects subjectifs offrent la possibilité d'apporter non seulement une bonne mesure de la qualité de la vie en elle-même mais également une meilleure compréhension de ses déterminants, en allant au-delà des revenus et des conditions matérielles des personnes » (p. 18).

4 - Ehrenberg A., « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2004, p. 77-88.

5 - Voir les principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail du BIT (2001), les directives communautaires, les dispositions législatives figurant aux codes du travail et de la santé publique, dont les articles relatifs aux mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise.

Une réponse fragmentée aux enjeux de la santé mentale

La recomposition de l'économie, des modes de vie et des aspirations exige des acteurs – publics comme privés – une réponse plus articulée aux questions de santé mentale et de bien-être.

Trop souvent, l'organisation collective paraît perpétuer des pratiques – verticales, statutaires ou tutélaires – héritées du passé. Ces orientations coexistent désormais avec d'autres valeurs, d'autres pratiques – plus horizontales, libérales sinon dérégulées – sans que les coûts cachés des contradictions ou des négligences soient suffisamment perçus. Ceux induits par la souffrance psychique commencent à être mieux connus. Ils appellent sans doute un renouvellement des régulations, des protections et des surveillances. Ceux occasionnés par des « tensions » ou un « empêchement de faire » – au travail, à l'école, comme dans la vie personnelle – ne sont plus à négliger. Ils invitent à investir de manière pertinente dans les personnes et à les laisser mettre en œuvre leur responsabilité.

Les enjeux de la « santé mentale » ne sont plus subsumés sous la seule maladie mentale : ils incluent désormais la détresse psychologique et la santé « positive » (comme aptitude au bien-être, au rebond, à la relation, etc.). Cette redéfinition modifie assez radicalement les données du problème. Dans le cas de la France, elle incite à faire rapidement évoluer des approches de la santé mentale encore trop réactives, fragmentées ou sectorielles, strictement sanitaires ou médicosociales.

La France est dotée d'un Plan « santé mentale », mais il recouvre des réalités pour une large part associées à la psychiatrie et à la maladie mentale¹. L'inscription de la gestion des risques psychosociaux aux agendas gouvernemental, parlementaire et social marque une inflexion majeure dans l'émergence d'une nouvelle problématique « santé mentale et société ». Pourtant, les initiatives actuelles et à venir supposent d'être mises en perspective auprès de l'opinion, sous peine de ne pas susciter l'effet de confiance que les Français semblent attendre. Elles supposent également d'être inscrites sur le long terme pour faire sentir leurs effets. La santé mentale et la satisfaction dépendent de facteurs environnementaux (famille, éducation, emploi, logement, etc.) et de comportements individuels (tabagisme, recours au système de soins, etc.), de sorte qu'une amélioration significative ne peut être obtenue que par une action persistante.

1 - Un axe principal du Plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 était de favoriser le décloisonnement entre les différents acteurs de la prise en charge des pathologies mentales, afin d'améliorer à terme le suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux. Il comprenait un volet de renforcement de l'information et de la prévention, confié à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), afin de faire connaître les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes et leurs traitements, de manière à modifier les perceptions du public. Il recommandait également une évaluation par l'INPES des actions de promotion chez les enfants. Un nouveau Plan sera prochainement mis en place.

Pour ne pas faire peser un poids excessif sur les finances publiques, d'une part, et pour atteindre une garantie d'effectivité, d'autre part, la sensibilisation et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs vis-à-vis de la santé mentale sont la voie la plus souhaitable. Toutefois, cette mobilisation des individus, des collectivités comme des acteurs institutionnels et économiques suppose qu'une stratégie d'ensemble soit définie par les pouvoirs publics. Cette démarche est celle préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Union européenne (UE). Celles-ci recommandent, dans une perspective intégrée ou systémique, de ne pas s'appuyer sur un nombre trop restreint d'acteurs ou de leviers, par exemple sur les seuls systèmes de santé ou personnels soignants, mais d'amener chacun – pouvoirs publics, employeurs, managers, enseignants, associations, particuliers, etc. – à faire progresser, même modérément, sa prise en considération des enjeux de santé mentale.

Un groupe de travail « Santé mentale et déterminants du bien-être » au Centre d'analyse stratégique

Sur saisine de Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État en charge de la Prospective et du Développement de l'Économie numérique, un groupe d'experts de haut niveau a été mis en place par le Centre d'analyse stratégique, avec pour objets d'investigation les pathologies mentales dites « de la modernité » (exprimées sous la forme d'idiomes de stress, de dépression, d'anxiété ou d'addictions) et la santé mentale positive (comme état de bien-être et de satisfaction, capacité à « faire face » ou sentiment de réalisation de soi), distinctement de la maladie mentale et du handicap mental et psychique¹.

Alors que les troubles mentaux constituent la dimension de la santé mentale la mieux informée du point de vue de l'épidémiologie et de l'action publique, c'est le sujet de la détresse psychologique et de la santé mentale positive qui a retenu l'attention du groupe de travail et des rapporteurs du Centre d'analyse stratégique. Leurs conclusions sont ici rassemblées².

Une enquête originale « Les Français et la santé mentale » SIG/IPSOS

À l'occasion du présent rapport, une étude SIG/IPSOS a été réalisée les 10 et 12 octobre 2009 auprès d'un échantillon de plus de 1 000 personnes

1 - Voir la saisine en annexe 9 et la composition du groupe de travail en annexe 10.

2 - Une première version de ce rapport a été remise à Nathalie Kosciusko-Morizet le 17 novembre 2009.

représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. Les enquêtés ont été sollicités sur trois principaux registres :

- *leur représentation de la santé mentale*, à savoir leur compréhension de la notion, la valeur qu'ils lui attribuent (autant, plus ou moins importante que leur santé physique) ainsi que leur regard sur les personnes atteintes de troubles mentaux (acceptation, crainte ou stigmatisation) ;
- *la perception qu'ils ont de leur propre santé mentale*, à savoir leurs « états émotionnels » lors des quatre dernières semaines (heureux, détendu, triste, découragé, etc.), leur évaluation de l'impact de la crise sur leur moral et celui de leur entourage, leur sentiment de maîtrise sur le cours de leur existence (*mastery*) et leur appréhension de l'avenir (optimisme ou pessimisme sur leur devenir personnel et celui de la société) ;
- *leur opinion sur les acteurs et les situations les plus susceptibles de contribuer au bien-être*, qu'il s'agisse de souligner que l'on compte essentiellement sur soi-même pour conserver une bonne santé mentale ou de mettre en exergue l'influence du travail, de la vie familiale mais aussi des professionnels (dans le champ sanitaire et hors sanitaire) et des politiques publiques sur la santé mentale.

Les résultats originaux de ce sondage sont présentés en appui ou en illustration des éléments de diagnostic et de recommandations apportés dans le rapport. Dans leurs grandes lignes, ils confortent des résultats déjà connus : l'impact du sexe, de l'âge, du statut professionnel et du niveau de revenu est déterminant en matière de bonheur, de tristesse ou de nervosité ressentis.

L'enquête donne en revanche un éclairage inédit sur l'impact de la crise sur le moral des Français : un tiers des Français considèrent qu'elle affecte leur moral, les 45-59 ans (40 %), les travailleurs indépendants (44 %) et les ménages pauvres (44 %) étant encore plus nombreux à le penser. La crise conduit également plus de la moitié des Français à s'inquiéter pour leurs proches.

Par ailleurs, l'exploitation du sondage met en lumière une prédominance des valeurs individualistes qui n'est pas incompatible avec une aspiration ou un consensus pour faire de la santé mentale « l'affaire de tous ». Une large majorité de Français se reconnaît dans les propositions qui mettent en avant une forte responsabilité personnelle dans le bien-être : 71 % sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée que « leur bien-être psychique ou psychologique ne dépend que d'eux-mêmes » et 83 % déclarent « préférer chercher eux-mêmes la solution à leurs problèmes ». Mais 79 % des Français estiment que la santé mentale doit devenir un objectif de l'action publique. Ils n'en reconnaissent pas moins le rôle que peuvent jouer différentes personnes ou situations dans le bien-être des individus. En tête figurent les épanouissements professionnel et familial (« apprécier son travail au quotidien » : 99 % ; « pouvoir compter sur le soutien de sa

famille » : 98 %). Mais de nombreux acteurs et organisations extérieurs à l'entourage immédiat sont également cités pour leur influence : les médecins généralistes (92 %), les établissements scolaires (85 %), les crèches, les assistants maternels, les garderies (84 %), les collègues (81 % en moyenne et 84 % des salariés) et les employeurs (78 %).

Ces résultats incitent à se départir d'une approche trop strictement sanitaire ou spécialisée des questions de santé mentale. Que les « professionnels de la santé mentale » aient un rôle à jouer n'est évidemment pas récusé, mais les Français les citent à des niveaux qui ne sont pas supérieurs – et parfois même inférieurs – à ceux des acteurs précédemment évoqués : sont ainsi mentionnés les médecins psychiatres (81 % des répondants mais 85 % des femmes contre 76 % des hommes), les psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes (80 %), les travailleurs sociaux (79 %), les associations pour la santé mentale (79 %), les *coachs* ou conseillers en développement personnel (45 % mais 63 % des non-diplômés contre 32 % des Bac + 2).

Un nouveau paradigme dont la France tarde à s'emparer ?

Le présent rapport fait le choix de ne pas traiter la santé mentale et le bien-être comme un phénomène homogène. Il propose plutôt d'en distinguer les dimensions multiples, et sujettes à interprétation, pour identifier différents leviers opératoires en matière de qualité de la vie dans la société française. Par là, il s'agit d'avancer des réponses effectives, alors même que l'impact économique, social et sociétal de la santé mentale est de plus en plus souligné. Le rapport formule des pistes d'actions.

Pas de qualité de la vie sans santé mentale : en une trentaine d'années, la conceptualisation de la santé mentale s'est profondément renouvelée (première partie). Les travaux distinguent aujourd'hui nettement les états de détresse psychologique et de santé mentale optimale, qui concernent la population dans son ensemble, et les troubles mentaux (chapitre 1). Cette approche en population générale fait de la santé mentale l'affaire de tous, du point de vue de son résultat comme de ses moyens. Elle a déjà été adoptée par les organisations internationales et les institutions européennes. Mais les principes de politique promus à ces échelons, bien que fondés sur des évidences et déclinés en modalités opérationnelles, demeurent trop peu relayés par les acteurs français (chapitre 2).

La perception d'un malaise grandissant dans la société française a été débattue par notre groupe d'experts dans une visée d'état des lieux (deuxième partie). La santé mentale n'est pas une réalité unidimensionnelle : le groupe de travail a été attentif à ramener les indicateurs à ce qu'ils sont censés révéler – les pathologies mentales, les tensions psychiques, la satisfaction tirée de son existence. À ce titre, le rapport souligne qu'il serait périlleux, à partir d'un seul marqueur, d'inférer des jugements globalisants sur l'évolution

de la santé mentale de la population française. Certes, les données montrent que les jeunes, les actifs et les femmes sont plus qu'auparavant confrontés aux troubles psychiques, à la détresse, à l'insatisfaction ou à l'inquiétude face à l'avenir. Toutefois, les Français déclarent en moyenne une « bonne » santé mentale et de l'estime de soi ; mais environ un Français sur cinq présente un niveau significatif de détresse psychologique (chapitres 3 et 4).

La santé mentale est aussi devenue une forme de capital sur lequel se cristallisent de nouvelles inégalités. Elle invite à prendre la mesure de la réinvention des rôles et des fonctionnements sociaux en termes de ressources psychiques. Un phénomène ressort de l'observation : la persistance de certains publics dans des sentiers psychosociaux divergents qui se concrétisent par des disparités de santé et de bien-être. Cela est manifeste dans la comparaison entre les hommes et les femmes, qui présentent des profils différents de vulnérabilité ; mais aussi pour les groupes qui cumulent les handicaps sociaux, dont la pauvreté ou la rupture des liens familiaux. Ces pentes psychosociales s'avèrent, dans les cas les plus critiques, de véritables « trappes » à exclusion. Ces observations incitent à une approche plus systémique des questions de santé mentale et de bien-être, d'une part, à une prévention ciblée ou indiquée, d'autre part (chapitre 5).

La question de la santé mentale met au jour le besoin de régulations et d'investissements dans les personnes et les collectivités (troisième partie). Ce qui se déroule dans la sphère du travail en est la part la plus visible. La crispation actuelle sur le sujet de la santé mentale est en partie imputable à un défaut de prise en charge collective de ces enjeux. Elle n'exige pas forcément un surcroît de dépenses publiques mais plutôt une actualisation des possibilités d'action des différents acteurs (autorités locales, employeurs, managers, enseignants, etc.). Cette responsabilisation des acteurs bénéficierait particulièrement aux jeunes générations, dans l'accueil de la petite enfance, le parcours scolaire et l'entrée dans la vie adulte (chapitre 6), aux actifs, sur le marché du travail et au sein des entreprises et des fonctions publiques (chapitre 7), pour accompagner dans le vieillissement une population toujours plus nombreuse (chapitre 8).

Le présent rapport s'inscrit dans un cycle de travaux sur les transformations portées par la crise, mené au Centre d'analyse stratégique en 2009 à l'initiative du secrétariat d'État en charge de la Prospective. Ces travaux ont en commun de mettre en évidence une configuration sociale et sociétale inédite. Ainsi, dans l'imaginaire collectif, semblent coexister étroitement la crainte d'un déclassement généralisé¹ et une attente forte à l'égard d'un monde d'après-crise, susceptible d'offrir une nouvelle cohérence en matière de modèle de croissance et vis-à-vis du bien-être². Contrairement à la théorie

1 - Centre d'analyse stratégique, *La Mesure du déclassement*, rapport coordonné par Marine Boisson, Paris, La Documentation française, octobre 2009.

2 - Centre d'analyse stratégique, *Sortie de crise. Vers l'émergence de nouveaux modèles de croissance ?*, rapport du groupe de travail présidé par Daniel Cohen, Paris, La Documentation française, décembre 2009.

classique, la crise ne semble pas tempérer, mais peut-être renforcer, une aspiration à de meilleures possibilités sociales de réalisation personnelle et collective qui, non satisfaites, sont susceptibles d'engendrer de la frustration. Ces aspirations n'excluent pas la responsabilité et le réalisme des citoyens sur les exigences du temps présent. Mais ces exigences sont d'autant plus acceptées et appropriées qu'elles s'appuient sur des régulations et des investissements adaptés. Ainsi, le contexte produit un univers d'opportunités, mais aussi de vulnérabilités et de conflictualités, qui atteint très inégalement les différents groupes sociaux. Au regard des besoins et des aspirations des citoyens, « préserver et rendre capable » pourrait être un bon résumé de la demande portée à l'attention des pouvoirs publics.

Première partie

La santé mentale, un déterminant de la qualité de la vie

Quels sont les éléments qui donnent sa valeur à la vie ? Comme la Commission Stiglitz l'a rappelé, dans la lignée du renouveau des travaux sur le bien-être, la qualité de la vie dépend d'une série de facteurs dont aucun n'est prioritaire. La nature pluridimensionnelle de cette notion (opposée par exemple à l'uniformité du revenu) en accroît la complexité. Faut-il considérer que la qualité de la vie échappe à l'analyse comme à l'intervention des différents acteurs ? Au regard de la littérature existante et de l'état du débat, certaines composantes de la qualité de la vie font plus que d'autres l'objet d'un consensus. Le rapport privilégie une approche par la santé mentale, comme condition et résultat de la qualité de la vie.

Le concept de santé mentale s'est considérablement enrichi sous l'effet des recherches menées depuis une trentaine d'années (chapitre 1). La « bonne » santé mentale ne se restreint plus à l'absence de maladie mentale et désigne plutôt le pôle positif des états psychologiques. Ce pôle positif comprend le bien-être et les ressources psychologiques permettant la gestion, de façon « satisfaisante », de sa propre vie, même face à l'adversité ; alors que le pôle négatif inclut le mal-être et le retentissement des troubles de la subjectivité (maladie mentale et mauvaise santé mentale) dans les différents rôles de la vie quotidienne (activités physiques, domestiques, scolaires, professionnelles...)¹. La santé mentale est une condition de la qualité de la vie au sens où elle est associée aux opportunités dont disposent les personnes et à leur capacité à s'en saisir. Les recherches en la matière ont répertorié un large éventail d'éléments associés à cette notion : sentiment d'appartenance et d'accomplissement, image de soi, autonomie, sentiments et attitude des autres, etc. La santé mentale est également un résultat de la qualité de la vie dont les états émotionnels et les jugements de satisfaction sur l'existence donnent une mesure. Les recherches prennent de plus en plus en considération les différentes expressions de bien-être pour attester (ou démentir) une certaine qualité de la vie.

Cette entrée par la santé mentale permet aussi de reconnaître les différences et les inégalités. L'hétérogénéité constatée incite à l'action dans une

1 - L'incapacité d'un individu à fonctionner dans ses rôles sociaux est décrite par les notions de handicap « psychique », de « désavantage » (dans la classification du handicap adoptée par l'OMS) ou de « fonctionnement social » dans les échelles de mesure de la santé mentale ; voir Lovell A., *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, Institut national de veille sanitaire, 2003.

perspective de bien-être sociétal, de cohésion et de justice sociale mais aussi de prospérité (chapitre 2). Depuis de nombreuses années déjà, des organisations internationales (dont l'Organisation mondiale de la santé), les institutions européennes et certains pays (Royaume-Uni, Canada) ne considèrent plus le bien-être psychologique des citoyens comme une question privée, un objectif hors de portée ou un luxe. L'Union européenne évalue entre 3 % et 4 % du PIB les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale sur l'économie (invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, absentéisme, baisse de la productivité). L'expertise tend à démontrer que la promotion de la santé mentale améliore la vie de tous mais prévient également certains problèmes sociaux et la détresse psychologique. De surcroît, en période de sortie de crise, investir dans la santé mentale s'avère encore plus important pour préserver les « capacités de rebond » des individus et des collectivités. Avec le « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être », l'Union européenne plaide en faveur d'une stratégie transversale qui excède le secteur sanitaire et vise à assurer un niveau élevé de bien-être mental, notamment dans les sphères de l'éducation et de l'emploi et par une protection adaptée contre les risques de la vie.



Le renouvellement du concept de santé mentale

En 1946, le préambule de la Constitution de l’OMS a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité »¹. En 2008, le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être établit que « la santé mentale est un droit de l’Homme. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Elle favorise l’apprentissage, le travail et la participation à la société »².

Entre ces deux événements – même si la dimension positive de la santé mentale est soulignée dès la Constitution de l’OMS – s’écoulent plus de soixante ans durant lesquels a grandi le consensus sur le fait que la qualité de la vie implique la santé mentale, conçue comme une capacité dynamique et un droit fondamental. Internationalement et dans de nombreux pays, la santé mentale et le bien-être figurent désormais à l’agenda des discussions et des interventions au chapitre de la santé globale et des conditions d’une vie réussie.

Cette réorientation des préoccupations, qui ne s’attachent plus à la seule maladie mentale et aux personnes affectées de troubles mentaux, élargit les données du problème à la société toute entière, avec de nouveaux impératifs de prévention des formes de détresse psychologique et de promotion de la santé mentale positive ou optimale.

La redéfinition des principes de politique est principalement impulsée aux niveaux international et européen (ses implications concrètes sont détaillées

1 - Préambule à la Constitution de l’Organisation mondiale de la santé, tel qu’adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, entré en vigueur le 7 avril 1948.

2 - Le 13 juin 2008, la conférence de haut niveau « Together for Mental Health and Well-Being » à Bruxelles a lancé le « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être ». Il symbolise la volonté des parties prenantes – les gouvernements des États membres, les autorités régionales et locales, les acteurs non gouvernementaux et les organisations de la société civile concernées – d’échanger et de travailler ensemble sur les possibilités de la santé mentale et ses défis. Cette initiative a fait l’objet de déclarations de soutien des gouvernements allemand et britannique.

dans le chapitre 2). Elle a été fortement influencée par la recherche académique et les travaux d'expertise : ces trente dernières années, l'approche des troubles de la subjectivité et des états de bien-être s'est considérablement renouvelée sans que cela soit toujours compris du grand public (1.), suivant une modélisation qui constitue la santé mentale positive comme une dimension spécifique (2.) et qui conclut sur une approche multifactorielle des phénomènes, la santé mentale se situant à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions (3.).

1. Une notion complexe

1.1. Les dimensions de la santé mentale

Pas plus que la santé physique, la santé mentale ne se limite à l'absence de maladie. La définir par son contraire n'est pas satisfaisant.

L'évolution dans la prise en compte des différentes dimensions de la santé mentale a conduit à un enrichissement considérable du concept (encadré n° 1), parfois au risque de le rendre plus difficile à appréhender. Si la psychiatrie traditionnelle s'occupait surtout de pathologies mentales, désormais, trois dimensions de la santé mentale sont communément distinguées, à savoir les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive¹.

1. **Les troubles mentaux** réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants. Parmi eux, les troubles psychotiques, avec les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives, les délires chroniques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments) et les troubles de la personnalité, dont les personnalités antisociales.

2. **La détresse psychologique** ou **souffrance psychique** est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Ce sont la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui

1 - Une telle distinction fut établie lors de la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. La Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la Santé des 52 États membres de la région européenne de l'OMS.

peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.

3. **La santé mentale positive** fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie »¹.

Cette distinction en trois dimensions invite à dépasser le modèle dualiste opposant « être malade mental » et « être en bonne santé mentale » au sens « neutre » comme « ne pas avoir de maladie mentale ». On peut alors appréhender des états intermédiaires, au rang desquels les cas de tensions ou de souffrances psychiques, ou les affects positifs, comme les sentiments d'épanouissement ou de contrôle sur sa destinée et son environnement.

Encadré n° 1

La santé mentale, une tentative d'approche globale de la subjectivité

À partir des années 1950, le regard sur la maladie mentale a évolué avec le développement des grandes classes de psychotropes (notamment des médicaments à effets antipsychotiques) qui ont apporté des changements radicaux dans les soins dispensés aux personnes ayant des troubles mentaux (avant, il n'existait pratiquement aucune substance chimique capable d'agir avec efficacité sur les grands syndromes psychiques). Ce changement a conditionné le mouvement de désinstitutionnalisation et d'alternatives à l'hospitalisation. La réinvention de la prise en charge des maladies mentales s'incarne dans l'intégration de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale : le « fou » n'est plus à enfermer mais une personne souffrant de troubles mentaux, à la fois à soutenir dans son autonomie et à contenir dans sa pathologie. Le suivi sanitaire et médicosocial en milieu ouvert n'en demeure pas moins problématique. Il est un chantier permanent de réformes, sur la base d'un diagnostic de déficit chronique de coordination des acteurs et d'intégration des personnes frappées de handicap mental ou psychique².

1 - Sivadon P. avec Duron J., *La Santé mentale*, Toulouse, Éditions Privat, 1979.

2 - Voir le rapport de la commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, présidée par Édouard Couty, remis à la ministre de la Santé et des Sports le 29 janvier 2009. Voir également le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) : la suppression en vingt ans de 30 000 lits en psychiatrie a entraîné un transfert des patients rendus à la « vie civile » vers le médicosocial, les familles, mais aussi le sans-abrisme et les prisons, *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe*, avril 2009.

Depuis les années 1990, la détresse ou souffrance psychologique, distinctement de la pathologie, fait l'objet d'une grande attention. Non pas que les entités par lesquelles se déclinent les formes du « mal-être » – symptômes de dépression ou d'anxiété, stress, troubles psychosomatiques, sentiment de culpabilité, épuisement professionnel – soient restées jusqu'ici inconnues. Mais parce qu'elles ont été associées de façon croissante à l'évolution des modes de vie, des structures sociales et des institutions, elles en revêtent une signification nouvelle. Qu'une augmentation des facteurs d'agression soit notée (au travail, à l'école, etc.) ou que la souffrance psychique soit désignée comme d'origine sociale (comme une souffrance de « condition », liée à la précarité et l'exclusion), l'hypothèse d'une vulnérabilité structurelle qui s'exprimerait socialement sous la forme d'une détresse psychologique est débattue¹. Le lieu commun des « pathologies de la modernité » fait converger un ensemble de notions comme la « souffrance au travail », la « souffrance psychosociale » ou les « risques psychosociaux »².

Dans la période la plus récente, les aspects positifs de la santé mentale ont été inclus pour caractériser d'autres expressions de la subjectivité. La distinction d'une troisième dimension donne une cohérence nouvelle à un ensemble d'états bien identifiés empiriquement : accomplissement et réalisation de soi³ ; sentiment de valeur personnelle (*self-esteem*) ; registres de « l'intelligence socio-émotionnelle », comme exactitude de la perception consciente et contrôle de ses émotions, capacité à exprimer ses émotions de manière appropriée, à identifier les émotions d'autrui et à savoir y répondre⁴ ; sentiment d'influence ou de contrôle (*mastery*) sur sa destinée et son environnement (inverse des sentiments de dépossession ou d'impuissance) ; capacités d'adaptation (*coping*) ou de résilience individuelle, i.e. disposition à faire face au stress ou aux événements de vie difficiles ; états de satisfaction, de bien-être ou de bonheur⁵.

1 - La double inscription, sociale et psychologique, de la souffrance nourrit la controverse sur la « psychologisation de la société » ou la « médicalisation du social ». Elle est largement aporétique, cette intrication étant caractéristique de « l'esprit général » de nos sociétés, où les « notions de projet, de motivation, de communication sont aujourd'hui des normes » qui structurent le vivre ensemble. Le langage de la « vulnérabilité individuelle de masse » permet de nommer les nouvelles tensions au sein de trajectoires de vie marquées à la fois par la responsabilité et par l'insécurité personnelle ; Ehrenberg A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998 [réédition 2000].

2 - Voir les travaux séminaux d'Hélène Strohl et Antoine Lazarus, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Délégation interministérielle à la Ville, 1995, sur la précarité, et de Christophe Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998, plus axés sur le travail.

3 - Ce qui ne va pas sans contradictions. Les aspirations des individus, en lien avec l'environnement, les poussent à des exigences plus ou moins élevées : plus elles le sont, plus les opportunités de satisfaction, mais aussi d'insatisfaction et de risques pour la santé mentale augmentent ; Murphy H. B., *Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*, Berlin New York, Springer-Verlag, 1982.

4 - Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R., « Models of emotional intelligence » in R. J. Sternberg (ed.), *Handbook of Human Intelligence* (2nd ed.), New York: Cambridge, 2000, p. 396-420.

5 - Des notions sont plus transversales, telle la « maturité » psychologique, entendue comme une maîtrise acquise à plusieurs niveaux : sentiment de cohérence de l'identité, intimité (capacité à se lier sans craindre de se perdre), générativité (capacité à s'intéresser à autrui au-delà de son entourage habituel), intégrité (capacité à considérer sa vie avec satisfaction), etc. ; Erikson E., « Growth and crisis of the 'healthy personality' », *Childhood and Society*, New York, WW Norton, 1950.

Ces notions ne sont pas exemptes de recoupements et de « bon sens » ; elles ne sont pas indifférentes aux cadres sociaux de l'expérience. Plus l'individu est valorisé pour son autonomie et sa socialité, plus ces types d'affects s'en trouvent revalorisés. Alors que les travaux de langue anglaise ont une influence décisive dans la reconnaissance de la santé positive, certains analystes soulignent son rapport étroit aux valeurs particulières des sociétés anglo-saxonnes. Cette critique est associée à des conflits disciplinaires : en France, les tenants de l'approche psychodynamique ou psychanalytique s'opposent souvent à la santé mentale positive, jugée d'inspiration cognitiviste et comportementaliste. Ces difficultés théoriques s'aplanissent toutefois dans la pratique : les interventions des professionnels (dans la sphère familiale, au travail, etc.) intègrent généralement des aspects de santé mentale positive en tant qu'ils participent fondamentalement à la qualité de la vie et au fonctionnement social des individus¹.

1.2. Une notion mal entendue par les Français ?

Saisir la notion de santé mentale, qui désigne à la fois la partie (la « santé ») et le tout (le « psychique »), n'est pas toujours chose aisée.

Cet état de fait est confirmé par l'étude SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale » réalisée les 10 et 12 octobre 2009 auprès d'un échantillon de 1 017 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. En effet, les résultats révèlent que pour 42 % des répondants la santé mentale et la maladie mentale sont deux notions « assez semblables » ou « tout à fait identiques ». Seule une petite majorité des sondés (56 %) considère les deux termes comme « deux notions très différentes ». La confusion est à son maximum chez les plus jeunes (15-19 ans), les plus âgés (70 ans et plus) et les membres de foyers à faibles revenus (moins de 1 200 euros net par mois).

Le sens commun associe encore volontiers l'expression *santé mentale* à des termes connotés négativement, comme la dangerosité, la folie, ou le mal-être, plutôt qu'à des aspects positifs comme le bien-être, l'équilibre psychique, ou l'épanouissement personnel.

1 - Dans sa définition des résultats de la « cure », Freud admettait comme normes de bien-être psychologique « la capacité d'aimer et de travailler », très proche de l'idée de « fonctionnement ». La tradition psychanalytique pense également la santé mentale en lien avec l'expression d'une énergie interne qui, lorsqu'elle n'est pas refoulée, permet à la personne humaine de réaliser ses aspirations intellectuelles, sexuelles et émotionnelles, et réfère à la « réalisation personnelle ». Les mécanismes de défense, la force du Moi et la dynamique intrapsychique sont aussi des notions cohérentes avec la santé positive comme capacité d'adaptation et de faire face. Dans les définitions de la santé mentale de type nord-américain, la notion de capacité d'adaptation est toutefois plus normative et l'évitement de la souffrance désirable, quand la démarche psychanalytique reconnaît un rôle à la souffrance dans le travail psychique. Ces différences théoriques ont des implications de prise en charge ; Kovess-Masféty V., *Épidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion, 1996.

Cette confusion entre santé et maladie mentale peut s'expliquer par le fait que la langue française ne dispose pas de deux mots pour traduire la notion de santé, comme c'est le cas en anglais avec *health* et *care*¹. Le concept de santé mentale est inévitablement associé à son aspect médical et à la psychiatrie.

De plus, l'entremêlement des deux termes est favorisé par le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui a conduit à passer d'une prise en charge essentiellement sanitaire des malades mentaux à une prise en charge médicosociale (encadré n° 1). *In fine*, la notion de santé mentale s'est substituée dans certains travaux à celle de psychiatrie afin de caractériser les politiques publiques y ayant trait.

Ces différents éléments ont pu contribuer à entretenir une certaine confusion et à laisser penser que les politiques publiques en matière de santé mentale n'étaient destinées qu'aux personnes souffrant directement ou indirectement de maladies mentales. Il n'est donc pas surprenant que les Français soient partagés sur l'importance qu'ils accordent à leur propre santé mentale. En effet, 52 % des personnes interrogées disent se préoccuper moins de leur santé mentale que d'autres aspects de leur santé (contre 47 %). On observe de ce point de vue un clivage de genre (58 % des hommes se préoccupent moins de leur santé mentale, contre 47 % des femmes), socioprofessionnel (57 % des ouvriers mais 49 % des cadres) et selon le niveau d'éducation (56 % si inférieur au Baccalauréat, 46 % si supérieur).

Mieux souligner la composante « positive », en popularisant la notion de « santé mentale positive », semble souhaitable. Plus généralement, préparer une initiative de pédagogie sur la notion de santé mentale paraît nécessaire afin de favoriser l'implication du plus grand nombre.

2. Comment modéliser la santé mentale ?

2.1. La modélisation du champ de la santé mentale selon un continuum

Il existe un certain nombre de modèles qui peuvent contribuer à une compréhension plus fine du concept de santé mentale, dont celui développé par l'Organisation mondiale de la santé : « Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer. Cette personne vit son quotidien libre des

1 - Respectivement traduisibles par « santé » et « soin ».

peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. Elle est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie, physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas un concept statique, il fluctue sur un continuum, comme la santé physique ».

Cette notion de continuum est également utilisée par Anne Lovell qui considère que « la santé mentale peut être conçue comme étant le pôle positif d'un continuum d'états psychologiques qui comprend le bien-être et les ressources censées permettre la gestion, de « façon satisfaisante », de sa propre vie, même face à l'adversité (...). Au pôle négatif du continuum, on inclurait les pathologies mentales. Entre les deux, mais plus proche des pathologies, se trouveraient des formes de détresse psychologique. Si le pôle positif comprend les ressources psychologiques et les capacités d'agir dans ses rôles sociaux, le pôle négatif peut inclure les invalidités et l'incapacité à fonctionner dans ces rôles »¹.

Le modèle à continuum unique, bien qu'intéressant, comporte certaines limites. Le risque de cette approche est qu'aux deux pôles extrêmes, la place de la psychose comme celle de la santé soient brouillées et perdues de vue dans le marais du mal-être. Un autre risque est d'occulter que ce ne sont pas forcément les mêmes facteurs qui sous-tendent l'absence de troubles mentaux et la santé mentale positive. Certaines causes de stress affecteront les troubles mentaux mais ne se refléteront pas nécessairement sur la santé mentale positive. À l'inverse, le fait par exemple de pratiquer un exercice physique est souvent lié à une bonne santé mentale mais n'a pas d'action sur les pathologies. Enfin, la maladie mentale et la santé mentale ne sont pas mutuellement exclusives : une personne souffrant d'une maladie mentale peut jouir par d'autres aspects d'une santé mentale positive.

2.2. Le modèle à deux continuums « troubles mentaux »/« santé mentale »

Pour remédier à ce problème, la santé mentale peut être envisagée au croisement de deux continuums, selon une modélisation adoptée notamment par le ministère de la Santé canadien². Ce modèle fait valoir que la santé mentale et le trouble mental se situent chacun sur leur propre continuum, et comportent des degrés minimaux et maximaux aux extrémités, ce qui permet d'atteindre une conception plus opérationnelle³.

1 - Lovell A., *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, InVS, octobre 2004, p. 14.

2 - *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, 1988.

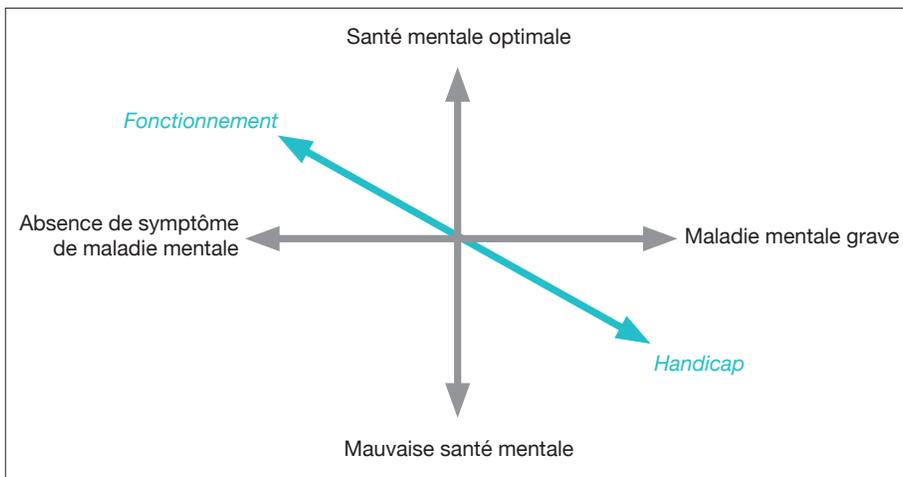
3 - Lire à ce propos Cloutier F., « La notion de santé mentale : explication et critique », in Chanoit P.-F. et Verbizier J. (de) (dir.), *La psychiatrie à l'heure de la santé mentale. Un objectif de santé publique*, Paris, Erès, coll. Psychiatrie et société, 1994.

Ainsi, un premier continuum a pour pôles la santé mentale optimale et la mauvaise santé mentale. La santé mentale optimale est une situation dans laquelle les demandes et les contributions respectives de la personne, du groupe et de l'environnement sont équilibrées. La mauvaise santé mentale désigne l'état de détresse psychologique ou de souffrance psychique décrit précédemment. Le contraire de la santé mentale positive n'est pas la maladie mentale en soi, mais la détresse (stress permanent et destructeur), qui a des déterminants internes et externes.

Le second continuum s'étend de l'absence de symptôme de maladie mentale à la maladie mentale grave. Entre ces deux extrémités se trouvent différentes situations dans lesquelles les symptômes de trouble mental sont présents à divers degrés.

En schématisant, quatre quadrants sont ainsi formés (figure n° 1) : santé mentale optimale et absence de symptôme de maladie mentale ; santé mentale optimale et maladie mentale grave ; mauvaise santé mentale et absence de symptôme de maladie mentale ; mauvaise santé mentale et maladie mentale grave. De cette modélisation on déduit que la santé mentale d'une personne peut être accrue sans égard au diagnostic de maladie mentale. La promotion de la santé mentale doit donc s'appliquer à la population entière et avoir parmi ses objectifs principaux la santé mentale positive.

Figure n° 1 : Modélisation du champ de la santé mentale en deux continuums



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive, Ottawa, ICIS, 2009

Les analyses distinguent un troisième axe, allant du fonctionnement social au handicap social, qui décrit le retentissement des troubles de la subjectivité (maladie mentale et mauvaise santé mentale) dans les différents rôles de la vie

quotidienne (activités physiques, domestiques, scolaires, professionnelles, etc.). Ce continuum dépend des deux autres dimensions évoquées¹.

Dans le cas de la France, force est de constater que si de nombreux travaux ont été consacrés ces dernières années à la dimension négative de la santé mentale, avec les maladies mentales et, dans une moindre mesure, la détresse psychologique, le concept de santé mentale positive a été peu abordé. Les études ont généralement eu trait à la maladie mentale, notamment aux problématiques d'accès et d'organisation des soins psychiatriques, de stigmatisation et de discrimination des personnes affectées². Or toutes les données épidémiologiques et sociologiques le démontrent : la demande en santé mentale dépasse et diffère largement de la réponse que la psychiatrie peut apporter, avec une préoccupation nouvelle pour les pathologies dites « de la modernité » (stress, dépression, addictions) ou pour les capacités de résilience, les fonctionnements adaptatifs et de rétablissement du bien-être à plus forte composante sociale.

Dans ce cadre, le présent rapport envisage plutôt le « continuum santé mentale », qui s'étend de la détresse psychologique à la santé mentale optimale, distinctement de la maladie mentale. Dès lors que la santé mentale apparaît comme un déterminant singulier de la qualité de la vie et des performances d'une collectivité, l'étude des facteurs qui l'influencent permet d'envisager des politiques spécifiques de promotion de la santé mentale et de prévention de la détresse psychologique.

1 - Le fonctionnement social est la capacité de la personne (d'un groupe ou d'une collectivité) à jouer son rôle au sein de la société. Il réfère à l'accomplissement de divers rôles sociaux, à la gamme de comportements observés (gestes, paroles, attitudes), aux processus mentaux, à la capacité d'un individu d'organiser sa vie quotidienne, ou inversement à son handicap en la matière. Sa mise en évidence permet surtout une meilleure compréhension des démarches de réadaptation ou réhabilitation psychosociale, centrée sur le rétablissement de l'autonomie (par le soutien des habilités et des relations avec le milieu). L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF), citée au DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), évalue le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum allant de la santé mentale à la maladie. Sur une échelle de 100 sont déclinés les états allant d'un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités (score entre 100 et 91) – « *n'est jamais débordé par les problèmes rencontrés* », « *est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités* » –, à des symptômes importants ou une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (score entre 50 et 41) – « *absence de relations sociales* », « *incapacité à garder un emploi* » –, jusqu'à un danger d'auto ou d'hétéro-agression ou une incapacité à maintenir une hygiène corporelle (score entre 10 et 1).

2 - Parmi les rapports ministériels ou parlementaires publiés ces dernières années sur le sujet, on peut citer le rapport Piel et Roelandt (2001), *De la psychiatrie vers la santé mentale* ; le rapport Cléry-Melin, Kovess et Pascal (2003), *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* ; le rapport Couty (2009), *op. cit.*

3. La santé mentale à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions

Jusque dans les années 1990 a prévalu une juxtaposition de théories et de modèles. Dans les années 2000, l'analyse de la santé mentale s'avère plus intégrative et consensuelle. Un corpus de connaissances transdisciplinaires constitue un socle pour une démarche intégrée de promotion en santé mentale¹.

Le modèle fonctionnel le plus largement admis pour la santé mentale est le modèle dit « bio-psychosocial », suivant lequel la santé mentale correspond à un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interaction constante. Selon ce modèle plurifactoriel entrent en jeu des éléments personnels (génétique, événements de l'enfance, éducation, milieu social), des éléments de la vie courante (stress divers : professionnels, familiaux, nuisances habitat et environnement, catastrophes, pauvreté, précarité), les modes de vie (alcool, tabac, sport, réseau social), l'accès aux soins, pour ne citer que les principaux. Cette conception renvoie à des caractéristiques intra-individuelles comme à des conditions interindividuelles et sociétales (3.1. et 3.2.). Un des apports du modèle bio-psychosocial est la mise en évidence d'un schéma de causalité circulaire : les difficultés psychologiques et la défaveur socioéconomique tendent à s'entretenir mutuellement, formant un cercle vicieux ; inversement, la bonne santé mentale et une situation socioéconomique favorable décrivent un cercle vertueux (3.3.). Ce modèle, attesté au niveau individuel, n'est pas sans pertinence au niveau collectif.

3.1. Les déterminants biologiques

Beaucoup de travaux se sont intéressés aux facteurs biologiques de la santé mentale, aussi bien en matière d'anxiété et de stress, que de bonheur et de satisfaction.

Nombre de troubles se traduisant par un mal-être, comme la dépressivité, l'anxiété, le stress, ont une base héréditaire bien documentée par la

1 - Ce corpus intègre les dernières recherches génétiques, la connaissance des systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques, endorphiniques et de leurs récepteurs, les techniques d'imagerie cérébrale, les données de la psycho-endocrinologie et de la psycho-immunologie ; un affinement des théories, des techniques et des indications des différentes psychothérapies (psychanalyse, cognitivisme, comportementalisme, thérapies systémiques et familiales, abord corporel) ; les données issues de la sociologie, de l'éthologie, de l'histoire et une prise en compte des interactions de l'individu avec son environnement familial, professionnel et social ; Kovess-Masfety V., Lopez A. et Pénochet J.-C. (dir.), *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion, 2000.

littérature médicale. On sait par exemple que la capacité d'adaptation au stress, et donc aux événements de la vie, présente une importante variabilité interindividuelle qui est en partie d'origine génétique¹, ensuite modulée par des facteurs environnementaux, en particulier pendant les périodes sensibles du développement du cerveau (fin de gestation et période néonatale).

De la même manière, plusieurs études menées chez des jumeaux ont démontré qu'il existait une part héréditaire au sentiment subjectif de bien-être². Davis Lykken, spécialiste de la génétique du comportement, a ainsi mené des recherches sur l'aptitude innée au bonheur, en comparant l'état de bien-être déclaré de jumeaux monozygotes élevés dans des milieux différents suite à des procédures d'adoption : les résultats démontrèrent des niveaux de bien-être similaires chez ces jumeaux éloignés, indépendamment des conditions de vie ou d'éducation.

Par ailleurs, la sérotonine est un neuromédiateur dont l'influence sur l'humeur est prouvée depuis longtemps car elle stimule les désirs et améliore les fonctions cognitives. Si un taux élevé de sérotonine est associé à des effets euphorisants, des niveaux bas sont au contraire corrélés à des tendances dépressives – nombre d'antidépresseurs agissent sur le système sérotoninergique. Or la production de sérotonine dépend des expériences de la vie, mais aussi de facteurs génétiques. Des chercheurs ont par exemple identifié des gènes qui, en fonction de leurs formes alléliques, synthétisent des transporteurs de sérotonine plus ou moins longs et donc capables de véhiculer des quantités plus ou moins importantes du neuromédiateur.

Toutefois, ces prédispositions génétiques ne permettent en rien de prédire la qualité de la santé mentale des personnes. La plasticité du cerveau est étudiée depuis plusieurs années grâce à l'imagerie cérébrale. On sait dorénavant que le cerveau se modifie physiquement en fonction de l'apprentissage et des expériences vécues : le milieu sensoriel, affectif, social et culturel le re façonne constamment. Ainsi, les facteurs biologiques viennent interagir avec d'autres facteurs : les facteurs psychologiques et sociologiques.

3.2. Les déterminants psychosociaux

Sur le volet psychologique, la qualité de la santé mentale de chacun est liée à différents traits de personnalité. Ainsi, des travaux étudiant les liens entre le bonheur déclaré et les grands traits de la personnalité, tels que définis par

1 - Notamment au niveau de l'activité neuroendocrinienne de l'axe corticotrope.

2 - Lykken D. et Tellegen A., « Happiness is a stochastic phenomenon », *Psychological Science*, 7, 3, 1996, p. 186-189. Dans la même perspective, Alexander Weiss de l'université d'Edimbourg a déterminé que les gènes contrôleraient environ 50 % des traits de personnalité qui contribuent au bonheur : Weiss A. *et al.*, « Happiness is a personal(ity) thing: The genetics of personality and well-being in a representative sample », *Psychological Science*, 19, 3, 2008, p. 205-210.

le modèle OCEAN¹, ont démontré une corrélation positive entre le bonheur et l'extraversion, le bonheur et le caractère consciencieux et une corrélation négative avec le « névrosisme », trait désignant une certaine instabilité émotionnelle, une disposition aux émotions négatives. Les tendances à ne pas s'inquiéter, à être sociable, le degré d'optimisme, la faculté de résistance, d'adaptation au changement sont d'autres traits psychologiques fréquemment associés au niveau global de bonheur et de bien-être cités dans les recherches académiques.

Concernant les déterminants sociologiques, des recherches ont, dès le milieu des années 1960, examiné l'incidence de facteurs tels que les revenus, le chômage, la pauvreté, l'environnement social immédiat, les réseaux sociaux, la confiance mutuelle, la participation civique, l'engagement communautaire, sur l'état de santé des individus. La santé mentale est une réalité indissociable de choix et d'enjeux sociaux qui relève *in fine* de l'action publique.

En outre, si les définitions actuelles de la santé mentale semblent essentiellement axées sur la personne, elles offrent néanmoins des perspectives plus vastes à l'échelle communautaire. Les stratégies de promotion de la santé mentale, notamment par le développement des compétences personnelles, des environnements de soutien, de la participation à la prise de décision, peuvent contribuer à la satisfaction de vivre. Une littérature abondante s'est par exemple développée sur la thématique du lien entre réseau social et santé mentale. Karen Hetherington² a démontré que les personnes issues de communautés au faible capital social sont les plus vulnérables aux agents psychosociaux de stress.

On retrouve aussi une corrélation entre un capital social bas et des indicateurs d'une mauvaise santé mentale, comme le suicide, la toxicomanie, les crimes, les violences familiales et la dépression. Néanmoins, le lien de causalité entre santé mentale négative et capital social est difficile à déterminer : si avoir un réseau social développé est une conséquence d'une bonne santé mentale, en revanche, il arrive qu'une personne déprimée dispose d'un réseau social développé sans être capable de le mobiliser au moment opportun.

D'autres résultats sont interprétés comme mettant en évidence la part du sentiment d'équité dans la santé mentale. Les observations portent soit sur l'impact d'une relative égalité ou inégalité de condition et d'une déprivation (dans une perspective qui associe les privations économiques à une faible reconnaissance sociale), soit sur l'impact d'un traitement institutionnel équitable vs inéquitable (segmentation, clientélisme ou corruption dans l'accès aux biens et aux services). Ces analyses (*égalité* ou *équité*) ne sont pas exclusives.

1 - Ce modèle, également appelé « Big Five », est utilisé en psychologie et définit cinq traits centraux de la personnalité empiriquement mis en évidence par la recherche : l'ouverture à l'expérience, le caractère consciencieux, l'extraversion, le caractère agréable et le « névrosisme ».

2 - Chercheur à l'université McGill, au Canada, www.aqrp-sm.org/colloque/presentations/xive/18_xive-atelier-ppt.pdf.

Encadré n° 2

L'hypothèse de l'impact négatif de la déprivation sur la santé mentale

Richard Wilkinson et Michael Marmot¹ font l'hypothèse d'un impact morbide des inégalités sur la santé, une situation défavorisée pouvant avoir un caractère absolu ou relatif et revêtir des formes multiples : modicité du patrimoine familial, instruction médiocre au cours de l'enfance et de l'adolescence, précarité de l'emploi, impossibilité de renoncer à un emploi dangereux ou sans avenir, mauvaises conditions de logement, circonstances rendant difficile l'éducation des enfants, perception d'une pension de retraite insuffisante, etc. Les privations matérielles nuiraient à la santé, mais tout autant le déficit de reconnaissance et de valorisation sociale : « en tant qu'êtres sociaux, il ne nous suffit pas de jouir de bonnes conditions matérielles, mais nous éprouvons aussi le besoin d'être appréciés et estimés, et ce depuis notre petite enfance. Nous avons besoin de nous faire des amis, de vivre dans une société plus sociable, de nous sentir utiles et de pouvoir exercer une activité professionnelle intéressante nous conférant un certain degré d'autonomie. Sans cela, nous sommes plus sujets à la dépression, à la toxicomanie, à l'anxiété, à l'agressivité et à un sentiment d'impuissance, autant de facteurs qui sont nuisibles à la santé physique ». Les effets de la déprivation sur la santé mentale ne se limiteraient pas aux plus pauvres ; les inégalités de santé d'origine sociale seraient observées dans l'ensemble de la société. Plus les gens vivraient longtemps dans des conditions économiques et sociales stressantes ou dévalorisantes, plus l'usure physiologique serait grande et les chances de vivre une vieillesse en bonne santé minorées.

L'approche par les « capacités », qui trouve sa source dans les travaux d'Amartya Sen, insiste à la fois sur la promotion des potentialités individuelles et sur les opportunités d'accès aux services pour lutter contre les inégalités. Les capacités représentent la capacité réelle qu'ont les individus d'atteindre les buts qu'ils se fixent. Le bien-être est alors analysé en fonction des libertés substantielles de choisir le mode de vie souhaité. Amartya Sen incite à prendre en compte les opportunités concrètes qu'ont les personnes d'accomplir les actions importantes de leur point de vue, les individus étant les acteurs de leur propre bien-être. L'effectivité de cette latitude de choix suppose logiquement que des conditions concrètes soient satisfaites dans l'environnement des individus : on parle alors d'environnement capacitant qui traduit l'ensemble des conditions individuelles, communautaires, organisationnelles, sociales et institutionnelles nécessaires².

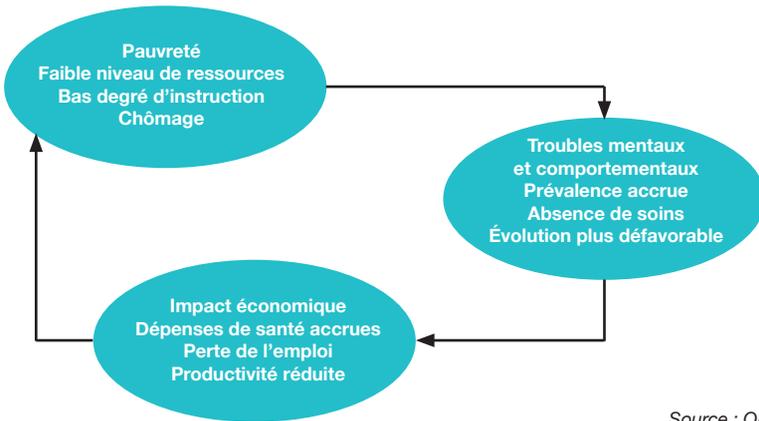
1 - Wilkinson R. et Marmot M. (dir.), *Les déterminants sociaux de la santé*, OMS, 2004.

2 - Lauréat du prix Nobel d'économie en 1998, Amartya Sen a été conseiller auprès de la *Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social*. L'étendue des « capacités » des personnes est celle de leur liberté réelle ou positive d'accomplir certains « fonctionnements », comme par exemple lire, écrire, avoir un travail, être politiquement actif, être respecté des autres, être en bonne santé physique et mentale, avoir reçu une bonne éducation, être en sécurité, avoir un toit, faire partie d'une communauté, etc. ; Sen A., *Un nouveau modèle économique*, Paris, Odile Jacob, 2000.

3.3. Santé mentale et société, une causalité circulaire

Les différents déterminants entretiennent des interactions complexes. Dans une perspective systémique, les facteurs sociaux et les facteurs psychologiques n'entretiennent pas de relations univoques ou unidirectionnelles. La relation « pauvreté » – « santé mentale » donne une illustration privilégiée des logiques circulaires qui régissent ces phénomènes.

Figure n° 2 : Le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé mentale



Source : OMS, 2001

L'évolution des problèmes de santé mentale est également doublement déterminée. La situation socioéconomique et la difficulté de demande d'aide inhérente aux problèmes de santé mentale peuvent se conjuguer pour faire obstacle à l'accès aux soins adéquats et s'engager sur une voie de résilience¹. La probabilité d'un engrenage retient l'attention (encadré n° 3).

Encadré n° 3 L'engrenage de la fragilité psychologique, des difficultés d'apprentissage et du déclin social

Les désavantages « social » et « mental » agissent très tôt sur les trajectoires de vie. Un enfant qui grandit dans un milieu défavorisé a moins de chance de réussir ses études et son insertion sociale qu'un enfant qui vit dans un autre milieu. La reproduction des inégalités est plus la règle que l'exception. Mais les enfants qui ont des problèmes de santé mentale ont des problèmes d'apprentissage et

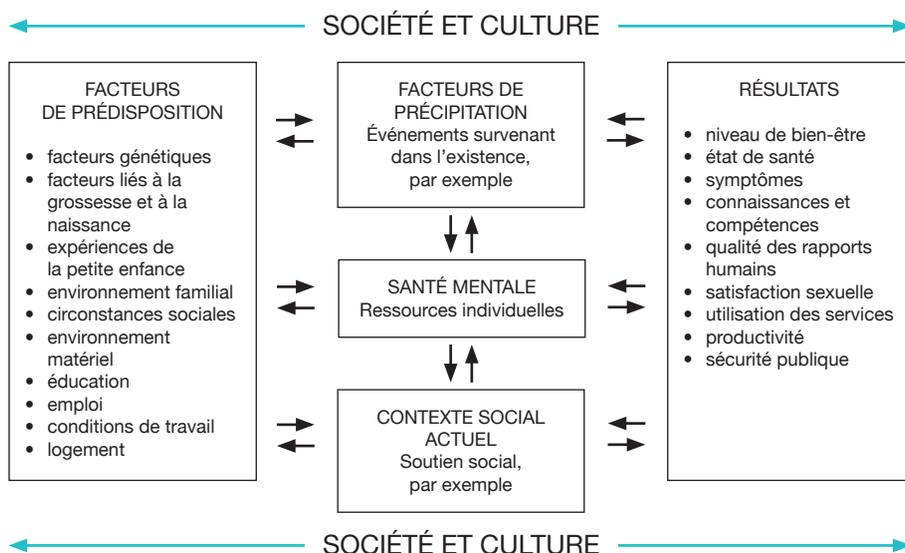
1 - En France, peu de travaux ont été menés sur les populations les plus exposées à la pauvreté. Une étude conduite par Viviane Kovess-Masféty, remontant à 1997, a montré que la fréquence des troubles mentaux chez les bénéficiaires du RMI était nettement plus élevée que dans les autres catégories de la population. Les RMIstes souffraient plus particulièrement de problèmes d'addictions, de troubles dépressifs sévères, de phobies graves. En moyenne, la durée de leurs épisodes dépressifs était plus longue, notamment chez les femmes, et ils n'avaient pas autant recours que les autres aux soins médicaux existants pour soigner leur état.

d'investissement à l'école et ont moins de chance que les enfants qui ne souffrent pas de ces problèmes de réussir leurs études, ce qui les oriente vers des conditions de vie plus défavorisées. Si l'on adopte le point de vue selon lequel les causes des maladies sont sociales, on estime que dans les circonstances sociales les plus difficiles, les personnes n'ont pas les possibilités de s'en sortir, que ces circonstances soient présentes dans leur enfance ou surgissent dans leur vie adulte. Les plus contraints ne bénéficient pas d'une ouverture sociale et sont entraînés dans un sentier psychosocial qui s'avère une trappe à exclusion. Pour expliquer la reproduction des inégalités sociales, d'autres analyses renvoient plutôt aux caractéristiques personnelles. Les plus vulnérables psychologiquement seraient les moins « compétitifs », donc exposés à la pauvreté, et en retour plus que d'autres soumis à des stress qui aggravent leurs difficultés. Les travaux les plus récents surmontent ces modèles univoques : on admet certes que certaines personnes sont plus vulnérables, sans que cela ait de conséquence si elles ne sont pas confrontées à des difficultés sociales, plus fréquentes selon les milieux sociaux. Départager la part des registres de vulnérabilité n'est pas possible : par exemple, si l'on compare les enfants des familles qui arrivent à se sortir de la pauvreté avec ceux qui vivent dans la pauvreté, on confond les effets des dispositions individuelles avec les conséquences du fait de ne plus être pauvre.

Viviane Kovess-Masféty, *N'importe qui peut-il péter un câble ?*,
Paris, Odile Jacob, 2008, p. 51

La mise en évidence d'un cercle vicieux ou au contraire vertueux est pertinente au niveau des individus. Elle alerte sur l'existence de pentes psychosociales sur lesquelles ils sont portés. Elle n'est pas non plus impertinente au niveau macrosocial. Si la santé mentale est une ressource ou un handicap pour les personnes, elle l'est tout autant pour les sociétés. Différentes études établissent ainsi un lien entre un degré élevé de jouissance de la vie et certaines conditions psychosociales, comme le fait de bénéficier d'une bonne santé, d'un soutien social important, d'un niveau de confiance élevé à l'égard d'autrui, et du sentiment d'avoir sa vie en main. Inversement, les performances collectives, notamment en matière économique, dépendent de la santé mentale.

Figure n° 3 : Modèle fonctionnel de la santé mentale



Source : Lahtinen E., Lehtinen V., Riihkonen E. et Ahonen J. (eds.), Framework for Promoting Mental Health in Europe, *Hamina*, 1999

Le Livre Vert *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne* souligne la rétroaction permanente entre santé mentale et société, dès lors que « pour l'individu, la santé mentale est le moyen de s'épanouir sur le double plan intellectuel et émotionnel, mais aussi de trouver et de tenir sa place dans la vie sociale, scolaire et professionnelle. Pour la société, elle contribue à la prospérité, à la solidarité et à la justice sociale. À l'inverse, la mauvaise santé mentale est pour les citoyens comme pour les mécanismes sociétaux une source de pertes, de dépenses et de charges de toute sorte ». Le modèle théorique de la santé mentale est associé à un modèle fonctionnel complexe, qui remet en cause l'habituel découpage sectoriel des différentes politiques publiques et incite à embrasser un point de vue transversal et systémique.



La santé mentale et le bien-être, des questions publiques

Les organisations internationales et les institutions européennes incitent les politiques nationales de santé mentale à ne plus limiter leur action à la maladie mentale mais à reconnaître et tenter de résoudre les grands problèmes liés à la santé mentale dans toutes ses dimensions et dans tous les secteurs de la société. Toutefois, au regard des besoins à satisfaire dans le champ de la maladie mentale, y compris dans les sociétés à hauts revenus, la promotion de la santé mentale ou du « bien-être mental » n'est-elle pas vouée à demeurer un idéal ou un luxe hors de portée de l'action publique ?

Les organisations internationales (1.), les institutions européennes (2.) et certains gouvernements (3.) travaillent à démontrer les synergies potentielles entre les politiques de prévention des troubles mentaux et celles de promotion de la santé mentale, ainsi que les bénéfices collectifs attendus.

Pour la Commission européenne, l'existence d'une population atteinte durablement dans ses fonctionnements, c'est-à-dire handicapée socialement à des degrés divers, bien au-delà de la sphère traditionnelle du handicap mental et psychique (schizophrénie, démences, etc.), est à la fois une charge et une perte pour les collectivités. La Commission européenne chiffre son coût *a minima* de 3 % à 4 % du produit intérieur brut des États membres, en considérant le seul impact sur la vie économique. Perte de productivité pour le système économique, perte de qualité de la vie pour les individus et les différents groupes sociaux, dépendance de long terme à l'État-providence du fait de l'invalidité ou d'une exclusion socioéconomique durable, troubles de l'apprentissage et du comportement qui surviennent durant l'enfance et entraînent des dépenses pour les systèmes social, éducatif, pénal et judiciaire... Autant de conséquences lourdes qui légitiment une « riposte » coordonnée.

Celle-ci relève d'une stratégie de santé publique en santé mentale (« santé mentale publique »), qui cherche à peser sur l'ensemble des déterminants (individuels, familiaux, collectifs et sociaux) et passe par un renforcement des facteurs de protection (par exemple, la capacité d'adaptation) et par la

réduction des facteurs de risque. D'où une volonté d'implication des acteurs non sanitaires (employeurs, managers, enseignants, travailleurs sociaux, responsables locaux et collectivités, etc.).

1. Une stratégie impulsée par l'OMS

Depuis 2001, l'OMS a réinvesti le domaine de la santé mentale avec pour objectif une prise de conscience globale de l'importance de ce thème par les gouvernements et la population civile¹. Si le cadre stratégique reste centré sur les troubles et les maladies mentales, comme dimension la plus critique (1.1.), l'approche en population générale et la dimension positive de la santé mentale sont de plus en plus affirmées (1.2.).

1.1. Prévenir les troubles mentaux, promouvoir la santé mentale

L'alignement des États membres sur un standard de traitement et de réadaptation des personnes atteintes de maladies mentales demeure une priorité de l'OMS, au regard notamment de la situation des pays à moyens ou bas revenus. À cette fin, l'OMS déploie une réflexion originale pour une meilleure prise en compte des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux caractérisés. Elle encourage les ministères de la Santé de ses États membres à œuvrer sur un terrain d'égalité avec d'autres parties prenantes afin de favoriser au mieux l'insertion sociale et l'amélioration de la santé mentale. Pour optimiser l'action publique dans ce domaine, l'OMS propose deux outils essentiels : l'« *advocacy* » et l'« *empowerment* ».

- L'« *advocacy* », dit encore « plaidoyer » ou « médiation sociale », désigne l'aide à l'expression des personnes qui s'estiment victimes d'un préjudice, se sentent insuffisamment écoutées ou respectées par leurs interlocuteurs institutionnels, ou rencontrent des obstacles dans l'accès aux droits. Dans le champ de la santé mentale, l'« *advocacy* » a pour but de susciter un changement d'attitudes, de pratiques ou de programmes dans la société (information, amélioration des soins, etc.). Cette aide peut avoir divers supports tels qu'un collectif d'usagers, l'intermédiaire d'une personne « *advocate* », etc.² L'OMS juge le « plaidoyer » efficace pour attirer l'attention sur l'importance de la santé mentale et s'assurer qu'elle figure dans les programmes de santé nationaux. Il apporte des améliorations significatives en matière de politique, de législation et de services. Il réduit la durée de traitement des malades hospitalisés et la fréquentation des

1 - Murthy R. S., Bertolote J. M., Epping-Jordan J. et al., *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001.

2 - En France, la structure la plus connue est l'association « Advocacy France ».

services de santé, augmente l'estime de soi et le sentiment de bien-être, améliore la capacité à faire face aux crises, renforce les réseaux sociaux, stimule les relations familiales, etc.¹

- L'« *empowerment* » consiste à faire participer les patients et les aidants, notamment familiaux, à l'élaboration et à la planification des services publics. Les patients et les aidants fournissent des recommandations informées si on leur en donne la possibilité. Selon l'OMS, le rôle restreint accordé aux structures représentant les patients et leur entourage constitue un obstacle à la mise en œuvre de politiques adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes concernées. Favoriser ce type de dialogue serait bénéfique en matière de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation.

Les notions d'« *advocacy* » et d'« *empowerment* » sont mobilisables pour l'ensemble des enjeux de santé mentale, dès lors qu'elles modélisent une capacité d'influence des parties prenantes dans les différentes sphères de la vie sociale (le parallèle est par exemple fondé avec les notions de « partenaires sociaux » et de « dialogue social » dans l'entreprise).

L'OMS porte une attention croissante au phénomène de la dépression, aux frontières de la maladie mentale et de la détresse psychologique. En l'absence de prévention et d'une prise en charge adaptées, elle est qualifiée de « bombe à retardement sociale et économique »². Les mesures d'impact des maladies concluent que la dépression est la principale cause d'années de vie perdues pour raison d'incapacité dans les pays développés (la deuxième cause pour les 15-44 ans), la charge étant plus lourde de 50 % pour les femmes que les hommes. Elle est ainsi la maladie chronique la plus handicapante (plus que les atteintes cardiovasculaires, l'asthme ou le diabète)³. Il faut noter que dans le cas de la France, le message de santé publique a été bien relayé : la dépression a fait l'objet d'une campagne ambitieuse d'information en santé publique en 2007 (voir, depuis, les possibilités d'autodiagnostic et de pré-dépistage offertes sur le site public www.info-depression.fr).

Au titre des priorités pour l'Europe dans la décennie figure enfin « la promotion du bien-être mental pour tous en tant que condition fondamentale à la qualité de la vie, élément essentiel de la cohésion sociale, de la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, contribuant au développement du

1 - *Advocacy for Mental Health*, OMS, 2003.

2 - 75 % des dépressions resteraient sans soins dans le monde (ce n'est pas le cas en France) ; Dawson A. et Tylee A. (eds), *Depression: Social and Economic Timebomb. Strategies for Quality of Care*, OMS, 2001.

3 - Elle deviendrait la première cause d'invalidité dans le monde à l'horizon 2020 : 10 % du total des années de vie avec incapacité (AVCI) lui seraient imputables. Il existe une suspicion vis-à-vis des chiffres, critiqués par des observateurs comme augmentant artificiellement les besoins en santé publique, qui mélangeraient dépression « vraie », réaction de tristesse normale aux événements de vie et troubles de l'insertion sociale.

capital social et de l'économie dans nos sociétés » (Déclaration européenne sur la santé mentale, OMS Europe, 2005). L'Organisation souligne l'importance de ne pas restreindre la notion de santé mentale à la seule absence de maladie mentale qui, de fait, tronque l'action en matière de santé mentale de sa dimension positive, c'est-à-dire comme « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2001)¹. Toutefois, au regard de l'ensemble des besoins non couverts dans le champ de la maladie mentale, y compris dans les sociétés à hauts revenus, le bien-être mental n'est-il pas voué à demeurer un objectif lointain ou un luxe ?

1.2. Des objectifs distincts se recoupent dans leurs instruments

Le rapport de l'OMS *Promoting Mental Health: Concept, Emerging Evidence, Practice*² cible cette critique. Il confirme le caractère distinct des objectifs de prévention des troubles mentaux³ et de promotion de la santé mentale en population générale. Mais conformément au renouveau des approches en santé publique, il met en évidence que ces objectifs ne sont pas exempts de recouvrements, au niveau de leurs déterminants et de leurs instruments.

L'OMS fait sien le modèle bio-psychosocial de la santé mentale, qui invite à une approche englobante de ses déterminants. Embrassant la théorie du capital social, l'OMS met en exergue des facteurs sociaux, économiques ou environnementaux communs à l'ensemble du champ de la santé mentale, en interaction avec les facteurs physiologiques mis en évidence par les neurosciences et la génétique⁴.

1 - *Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux enjeux*, OMS, 2001.

2 - Herrman H., Saxena S. et Moodie R., *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, OMS, 2005.

3 - La dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie, l'épilepsie, les problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie, la maladie d'Alzheimer et autres démences, les troubles dus au stress post-traumatique, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques et l'insomnie primaire.

4 - Cette compréhension l'a conduit à privilégier une approche intersectionnelle des troubles mentaux. Trois niveaux interdépendants d'intervention sont distingués : l'individu, en encourageant la personne à développer ses ressources, son estime de soi, sa capacité d'adaptation, son autonomie ; la collectivité, en augmentant l'inclusion sociale et la cohésion, en développant des structures de prise en charge ; le gouvernement, en réduisant les obstacles socioéconomiques à la santé mentale au niveau national. Dans cette optique, la prévention et la prise en charge des troubles mentaux requièrent une action publique plurisectorielle, associant plusieurs secteurs publics tels que ceux de la santé, de l'industrie et de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, des transports et des services sociaux au niveau national mais aussi local, ainsi que le monde associatif et les médias. Bien que la recherche dans ce domaine soit encore à un stade précoce, plusieurs expériences réussies permettraient d'affirmer que l'action des pouvoirs publics dans différents domaines (logement, emploi, etc.) exerce une influence indirecte mais étendue sur les troubles mentaux.

En matière de « bonne santé mentale » ou « santé mentale positive », les facteurs personnels, sociaux et environnementaux sont conceptuellement regroupés autour de trois thèmes :

- le développement et le maintien de collectivités « saines » par une couverture des besoins fondamentaux, la qualité du logement, de l'éducation, des conditions de travail, un environnement sécurisé qui minimise le conflit et la violence ; des politiques publiques et des cadres de vie collectifs qui favorisent l'autodétermination, le contrôle de sa vie et qui fournissent du soutien social, des modèles positifs et de la reconnaissance aux différents groupes sociaux (par âge, niveau de revenu, sexe, lieu de résidence ou origine) ;
- la capacité de chaque personne à entretenir une socialité grâce à des dispositions telles que l'implication, la tolérance à la diversité et la responsabilité mutuelle. Ces dispositions sont associées à des expériences réussies de création et de maintien de lien, et aux sentiments d'intégration et d'appartenance. Une abondante littérature montre que les facteurs sociaux comme le soutien social et les interrelations jouent un rôle optimal dans la réduction du stress ;
- la capacité de chaque personne à composer avec ses pensées et ses sentiments, à conduire sa vie et à faire preuve de résilience émotionnelle face aux épreuves habituelles de l'existence. Cette capacité est liée à l'estime de soi, à la disposition à gérer les conflits et à apprendre. Le sentiment d'être maître de sa propre destinée sur le plan personnel est un déterminant important de la bonne santé (physique et mentale).

La prise en charge de la maladie mentale, par la psychiatrie et la réadaptation médicosociale, a une spécificité incontestable. Mais beaucoup d'outils de prévention des troubles mentaux sont communs à la promotion de la santé mentale (voir à titre d'illustration l'encadré n° 4 relatif au Plan d'action européen en santé mentale).

L'OMS encourage des politiques de promotion en santé mentale de deux catégories : la première prend en compte les facteurs sociaux, environnementaux, économiques, politiques et culturels ayant un effet indirect sur la santé mentale (par exemple l'emploi, le logement, la formation, etc.) ; la seconde vise un effet direct sur l'amélioration de la santé mentale par la création de milieux de soutien en santé mentale. Ces politiques s'appuient sur plusieurs lieux clés de promotion de la santé mentale : l'école, la famille, le travail, les collectivités. Elles sont relatives à des programmes éducatifs scolaires, des services d'appui aux parents, la gestion du stress en milieu de travail, des programmes de médiation entre pairs, des établissements consacrés au bien-être des personnes âgées, des centres de santé locaux, la promotion de la sensibilisation aux questions culturelles ainsi que des campagnes de promotion de la santé mentale.

L'apport potentiel de la promotion de la santé mentale à la prévention des troubles de la subjectivité est démontré pour la détresse psychologique, les addictions et les comportements antisociaux. Il apparaît faible pour les maladies mentales caractérisées (dépression majeure, schizophrénie), dont l'incidence manifeste une grande stabilité dans le temps et une convergence entre les différentes sociétés, d'où l'hypothèse d'une causalité biologique prépondérante¹. La promotion de la santé mentale contribue toutefois à l'inclusion sociale des personnes atteintes de maladie mentale, par une stratégie de levée du « tabou ».

La contribution potentielle de la promotion de la santé mentale à la préservation de la santé en général est importante : la santé mentale positive est associée à des comportements sanitaires bénéfiques dans la longue durée, alors que la détresse psychologique, les addictions et la violence induisent des pertes subites (accidents) ou une érosion progressive de la santé (voir chapitre 1).

Encadré n° 4 **Un Plan d'action européen en santé mentale**

Lors de la conférence ministérielle européenne organisée par l'OMS sur la santé mentale à Helsinki en janvier 2005, 52 pays européens dont la France ont signé une Déclaration sur la santé mentale et un Plan d'action en santé mentale. Ces documents dressaient la liste des défis à relever dans les cinq à dix ans à venir afin d'améliorer la santé mentale en Europe : élaborer, mettre en œuvre ou renforcer, évaluer les politiques et les législations permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes.

Des systèmes de santé mentale efficaces qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale constituent le premier objectif.

S'intéresser aux populations à risque est un autre enjeu majeur. Il s'agit de promouvoir des actions adaptées aux groupes d'âge particulièrement exposés aux facteurs de risques sociaux, psychologiques, biologiques et environnementaux (nourrissons, enfants, jeunes et personnes âgées). Cela passe également par la prévention des problèmes de santé mentale et du suicide venant de l'exposition de la population à des changements sociétaux, facteurs de stress, qui ont des effets négatifs plus généraux sur la cohésion sociale, la sécurité et l'emploi. Sont ciblés les groupes vulnérables (chômeurs, populations immigrées) ou marginalisés (détenus ou individus sortant de prison, sans-abri, etc.).

Enfin, il est jugé primordial de réunir des informations de qualité : il s'agit de disposer de données sur l'état de santé mentale des populations et de certains groupes, sur leur comportement en termes de recherche d'aide et sur les actions

1 - L'incidence de la dépression caractérisée est estimée à environ 3 % de la population générale, celle de la schizophrénie entre 0,2 % et 2 %, selon les paramètres de mesure. Un taux de prévalence de 1 % est généralement accepté comme la meilleure estimation.

menées pour y répondre, en uniformisant les indicateurs pour permettre des comparaisons aux niveaux local, national et international. Il s'agit également d'évaluer l'impact et l'efficacité des nouveaux modèles de services en santé mentale.

Les progrès des pays membres européens de l'OMS ont été recensés dans un rapport publié en 2008 avec le concours de la Commission européenne, afin de pallier le manque de données comparées en matière d'intervention publique en santé mentale au sein du continent européen. Au-delà des progrès déjà réalisés, ce travail réitère la nécessité de combler le manque d'indicateurs fiables et uniformes en matière de santé mentale¹.

1.3. La promotion de la santé mentale se décline par publics

Les politiques de promotion de la santé mentale positive tiennent compte du fait que certaines populations sont plus vulnérables que d'autres par leur statut social, mais également par leur âge. Les interventions sont classées comme étant universelles (adressées à l'ensemble de la population) ou ciblées (visant des sous-groupes de la population « en risque » supérieur à la moyenne), voire indiquées (en présence de premiers symptômes ou difficultés).

Pour l'OMS, la première population cible est celle des enfants et des adolescents, dont la bonne santé mentale conditionnera leur santé la vie durant. L'OMS considère que le développement psychosocial et cognitif des nouveau-nés et des nourrissons dépend de leur interaction avec leurs parents et qu'améliorer la qualité de ces échanges peut favoriser de manière sensible le développement affectif, social, cognitif et physique de l'enfant. Elle a élaboré un programme international destiné à stimuler l'interaction entre la mère et son nourrisson, particulièrement utile aux mères vivant dans des situations de stress ou d'adversité sociale. Des actions sont prévues également dans le cadre de l'institution scolaire. L'OMS a mis au point un programme d'enseignement de connaissances de base pour les enfants scolarisés afin de les aider à améliorer leurs compétences psychosociales. Par le biais de ce programme, les enfants apprennent à résoudre des problèmes, à faire preuve d'esprit critique, à communiquer, à entretenir des relations interpersonnelles, à pratiquer l'empathie et à maîtriser leurs émotions. En complément, l'OMS a développé un programme qui vise à encourager la tolérance et l'égalité entre les garçons et les filles, ainsi qu'entre les différents groupes ethniques, religieux et sociaux.

Le second public visé est celui de la population active. Concernant l'environnement professionnel, huit domaines d'action sont recensés : sensibilisation accrue de l'employeur aux problèmes de santé mentale ; identification de

¹ - Petrea L. et Muijen M., *Policies and Practices for Mental Health in Europe – Meeting the Challenges*, OMS, 2008.

buts communs et d'aspects positifs du travail ; équilibre entre l'offre d'emploi et les compétences professionnelles ; formation aux aptitudes sociales ; amélioration du climat psychosocial au travail ; conseils dispensés aux travailleurs ; amélioration de la capacité de travail et stratégies de réadaptation précoce après un retrait d'activité. Une question importante selon l'OMS est celle du chômage, en particulier celui des jeunes. Dans ce domaine, les stratégies de promotion de la santé mentale ont pour but d'améliorer les opportunités d'emploi par le biais de programmes visant à créer des emplois, dispenser une formation professionnelle et fournir des compétences sociales et des capacités pour la recherche d'un emploi.

L'OMS souligne que les politiques de santé mentale doivent également toucher les populations marginalisées et exclues grâce à des politiques d'intégration sociale visant les immigrés, les sans-abri, les handicapés mentaux, les détenus, les femmes et les enfants victimes de mauvais traitements, ainsi que les personnes de milieux défavorisés.

2. L'importance de la santé mentale pour atteindre les objectifs stratégiques de l'Union européenne

La conférence d'Helsinki a balisé le chemin pour l'adoption du Livre Vert de la Commission européenne sur la santé mentale en 2005¹. La Commission européenne souligne explicitement que « la santé mentale de la population européenne est l'un des moyens d'atteindre quelques-uns des objectifs stratégiques de l'Union européenne : le retour de l'Europe sur la voie de la prospérité durable, la concrétisation des engagements de l'Union en faveur de la solidarité et de la justice sociale, ou encore l'amélioration tangible et concrète de la qualité de la vie des citoyens européens »². Elle cherche à sensibiliser les parties prenantes sur les avantages et les coûts de la santé mentale (2.1.) et à impulser un effort coordonné au travers du « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être » (2.2.).

2.1. Une sensibilisation des acteurs aux coûts et bénéfices de la santé mentale

L'objectif du Livre Vert était d'amorcer un débat en attirant notamment l'attention sur une objectivation des coûts de la « mauvaise » santé mentale. Les chiffres fournis par les experts européens sont percutants (même s'ils peuvent être discutés). Un quart des Européens d'âge adulte connaîtrait au

1 - Commission européenne, *Livre Vert sur la santé mentale*, « Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne », 2005.

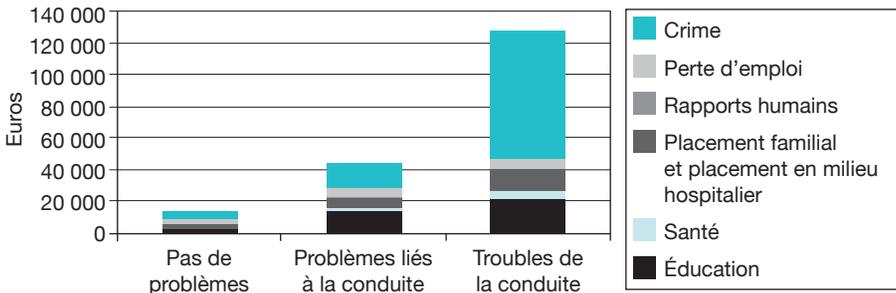
2 - Communication sur les « Objectifs stratégiques 2005-2009 – Europe 2010 : un partenariat pour le renouveau européen – Prospérité, solidarité et sécurité », COM(2005) 12, 26 janvier 2005.

moins une forme de mauvaise santé mentale dans une année. Un tiers des travailleurs européens se dit exposé au stress sur le lieu de travail. Le coût est estimé entre 3 % et 4 % du PIB, essentiellement au regard des pertes de productivité dans le secteur économique.

En 2004, le coût des troubles anxiodépressifs était estimé à 235 euros par habitant dans l'Union. Les coûts directs pour les systèmes de santé des États membres sont élevés et posent des problèmes sans cesse plus importants, mais la majorité (65 %) est engendrée de manière indirecte et résulte notamment de l'absentéisme au travail, de l'invalidité et des retraites anticipées. Ces évaluations rejoignent celles du BIT ou de l'OCDE : parmi les causes de retrait de l'activité, les plus courantes sont les troubles anxieux et la dépression, voire le risque d'être entraîné dans une spirale de troubles de santé et de chômage.

Les troubles de la conduite et du comportement qui surviennent durant l'enfance entraînent également des dépenses pour les systèmes social, éducatif, pénal et judiciaire. Un enfant qui présente des troubles de la conduite coûterait « à terme » 7 fois plus à la collectivité que celui qui n'en présente pas.

Graphique n° 1 : Répercussions financières de l'exclusion sociale (suivi de longue durée d'enfants souffrant de problèmes ou de troubles liés à la conduite)



Source : Scott S., Knapp M., Henderson J. et Maughan B., « Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood », British Medical Journal, n° 323, 2001, p. 191-196

D'autres dépenses invisibles découlent de l'exclusion et de la discrimination des populations atteintes ou ayant été atteintes de troubles de la santé mentale. Les écarts vont de 1 à 12 selon les États membres en matière de décès par suicide : de 3,6 pour 100 000 habitants en Grèce, à 44 pour 100 000 – taux le plus élevé du monde – en Lituanie.

Enfin, les pays de l'Union européenne faisant face au phénomène de vieillissement massif de la population doivent se prémunir de la prévalence croissante des maladies mentales parmi la population âgée, qu'il s'agisse de maladies liées à l'âge, telles les démences, ou à l'affaiblissement des liens socio-familiaux, telle la dépression.

2.2. Un Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être

Ce processus a débouché sur le lancement du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, lors de la conférence européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » organisée à Bruxelles les 12 et 13 juin 2008. Ce Pacte souhaitait marquer la détermination des États membres à prendre des mesures pour améliorer la santé mentale de la population, dans le cadre d'une stratégie transversale, qui dépasse le secteur sanitaire et vise à assurer un niveau élevé de protection sociale et de bien-être mental dans les secteurs de l'enseignement et du travail. Il constitue un appel en faveur d'un partenariat d'actions entre les États membres, les intervenants des secteurs de la santé, de l'enseignement, du travail, des affaires sociales et de la société civile. Le Pacte européen suggère des actions qui recourent les recommandations par publics de l'OMS, tout en les complétant.

- **Prévention de la dépression et du suicide.** Alors que les taux de suicide dans les États membres diffèrent d'un facteur 1 à 12, les décideurs et les intervenants sont invités à prendre des mesures sur la prévention du suicide et de la dépression consistant notamment à améliorer la formation des professionnels de santé et les acteurs clés ; à sensibiliser le grand public à la santé mentale ; à restreindre l'accès à des moyens potentiels pour le suicide ; à réduire les facteurs de risque de suicide, dont la toxicomanie et l'exclusion sociale, la dépression et le stress ; à prévoir des dispositifs de soutien après les tentatives de suicide et pour les personnes endeuillées par le suicide.
- **Santé mentale chez les jeunes et dans le secteur de l'éducation.** Les débuts de l'existence sont distingués comme une période « sensible » ou « critique ». La moitié des troubles mentaux se révèle dans l'adolescence. Le Pacte préconise d'offrir des interventions précoces et des programmes de promotion des compétences parentales ; d'améliorer la formation des professionnels impliqués dans la santé, l'éducation et les autres secteurs pertinents en matière de santé mentale et de bien-être de la jeunesse ; d'intégrer l'apprentissage socio-émotionnel dans les programmes scolaires et les activités périscolaires des écoles maternelles et primaires ; de faire participer les jeunes à l'éducation, à la culture, au sport et à l'emploi ; de prévenir les abus, l'intimidation et la violence entre et contre les jeunes, ainsi que de limiter leur exposition à la pauvreté.
- **Santé mentale sur le lieu de travail.** La santé mentale et le bien-être de la population active sont une ressource clé pour la productivité et l'innovation dans l'UE. L'emploi est généralement bénéfique pour la santé physique et mentale car il augmente le sentiment de participation à la vie sociale. Mais « le rythme et la nature du travail changent, conduisant à des pressions sur la santé mentale et le bien-être », d'où une augmentation de l'absentéisme, du recours à l'invalidité et un potentiel capté par le stress et les troubles de santé mentale. Les parties prenantes sont invitées à

améliorer l'organisation du travail, les cultures organisationnelles et le « leadership » ; à promouvoir le bien-être mental au travail dont la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale ; à mettre en œuvre des programmes d'évaluation et de prévention des situations qui peuvent causer des effets néfastes sur la santé mentale des travailleurs (le stress, les comportements abusifs comme la violence ou le harcèlement, le recours à l'alcool et aux drogues) et des interventions sur le lieu de travail ; à soutenir le recrutement, la réhabilitation et le retour au travail des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

- **Santé mentale chez les personnes âgées.** La population de l'UE est vieillissante. Or la vieillesse peut induire des facteurs de risque pour la santé mentale et le bien-être, tels que la perte de soutien social des familles et des amis et l'émergence d'une maladie physique ou neurodégénérative, comme la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence. Les taux de suicide sont élevés parmi les personnes âgées. Promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé est l'une des priorités de l'UE. Sont préconisés la participation active des personnes âgées dans la vie sociale, y compris par l'activité physique et éducative ; le développement des régimes de retraite flexibles qui permettent aux personnes de travailler plus longtemps, à temps plein ou à temps partiel ; des mesures pour les personnes recevant des soins en institutions ; un soutien des aidants familiaux et des soignants.
- **Lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.** La stigmatisation et l'exclusion sociale sont à la fois des facteurs de risque et des conséquences des troubles mentaux, ce qui crée des obstacles majeurs à l'aide et à la réhabilitation. Sont préconisées des campagnes contre la stigmatisation dans les médias, les écoles et au travail, et l'implication des personnes ayant des problèmes de santé mentale, leurs familles et les soignants dans les processus décisionnels.

Le Pacte invite la Commission européenne et les États membres à collaborer avec les organisations internationales et les parties concernées afin de : mettre sur pied un mécanisme d'échange d'informations ; identifier les bonnes pratiques et les facteurs de réussite des politiques et des actions des intervenants ; communiquer les résultats des travaux par le truchement d'un ensemble de conférences sur les thèmes prioritaires du Pacte. Ce dernier est mis en application à travers une série de conférences thématiques organisées par l'Union en 2009 et 2010¹.

1 - « La santé mentale dans la jeunesse et l'éducation », 29-30 septembre 2009 (Stockholm), Commission européenne/Suède ; « Prévention de la dépression et suicide », 10-11 décembre 2009 (Budapest) Commission/Hongrie ; « La santé mentale chez les personnes âgées », 21-22 avril 2010 (Madrid) Commission/Espagne/Fondation de Dublin ; « La santé mentale en milieu de travail Paramètres 08-09 », novembre 2010 (Berlin), Commission/Allemagne/Fondation de Dublin ; « Lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale », fin 2010 (Lisbonne), Commission/Portugal.

3. Au Canada, la théorisation d'une « santé mentale publique » ?

La plupart des pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande, Canada) présentent un état avancé de réflexion et/ou d'intervention en matière de santé mentale positive par rapport au reste du monde. Concernant le Canada, nous n'aborderons pas ici la question des performances concrètes de cette société en matière de santé mentale, mais les outils d'analyse et les catégories d'intervention élaborés au niveau national ou local, orientés vers une prise en compte des différentes dimensions de la santé mentale.

3.1. L'idée de « modes de vie sains »

L'exploration la plus approfondie du concept de santé mentale positive et les propositions les plus concrètes en la matière ont été pour l'instant réalisées par des organismes de recherche autonomes comme l'Institut canadien d'information sur la santé¹. Néanmoins, le gouvernement canadien est historiquement innovant en matière de stratégie de promotion de la santé mentale. Depuis les années 1980, ce concept s'est imposé au Canada afin d'établir la distinction entre les efforts visant à promouvoir la santé mentale positive et ceux s'attachant à traiter la maladie mentale (encadré n° 5).

Encadré n° 5

Améliorer notre aptitude à jouir de la vie, une question publique ?

En 1995, le ministère de la Santé canadien a créé l'Unité de la promotion de la santé mentale. Son rôle est de contribuer à l'élaboration de politiques publiques en faveur de la santé mentale dans toutes ses dimensions, ainsi que du bien-être. La même année, une nouvelle définition de la santé mentale a été introduite au Canada qui reconnaît au concept plusieurs dimensions : « La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle ». En 1998, le ministère de la Santé et du Bien-être social canadien a publié un rapport intitulé *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, qui fait la différence entre la promotion de la santé mentale et le traitement de la maladie mentale. En 2007, la Commission de la santé mentale a été chargée d'envisager des outils de promotion de la santé mentale positive au sein de la population canadienne.

1 - *Améliorer la santé mentale des Canadiens – Explorer le concept de santé mentale positive*, Institut canadien d'information sur la santé, 2009.

Toutes ces ambitions sont naturellement à confronter avec les moyens de leur réalisation. Le système de santé canadien n'est ainsi pas sans défaillances, et au final moins doté que le système français. Ce qui retient toutefois l'attention a été une capacité de renouvellement des objectifs et de la stratégie, sur une quinzaine d'années.

L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) offre d'importantes ressources théoriques pour le maintien et la promotion du bien-être de la population canadienne. L'équivalent du secteur psychiatrique en France ne représente qu'une part de l'ensemble de l'offre en santé mentale. L'ASPC s'attache à promouvoir la santé mentale dans une perspective de santé publique, en fonction d'un large éventail de déterminants, individuels et environnementaux.

De nombreux territoires mettent en œuvre des programmes spécifiques en santé mentale axés sur sa dimension positive, dont à titre d'exemple :

- *Nobody's perfect* : programme visant à encourager les parents d'enfants de moins de cinq ans à prendre conscience et à tirer profit de leurs compétences parentales et de leurs liens avec les autres, ainsi qu'à renforcer leur estime d'eux-mêmes ;
- *Friends for life* : dix sessions en classe et autres activités à domicile afin d'accroître la résilience, l'estime de soi, la capacité à résoudre des problèmes et l'art de s'exprimer afin de prévenir l'anxiété et de tisser des relations positives ;
- *Roots of empathy* : programme à destination des écoles primaires qui vise à augmenter la capacité d'empathie des enfants en améliorant l'expressivité émotionnelle et en favorisant une culture davantage tournée vers la sollicitude ;
- *Programme de renforcement des compétences à l'intention d'enfants issus de deux cultures* : programme visant à développer les capacités d'adaptation et l'affirmation de soi des enfants bi-culturels, en renforçant les liens qu'ils ressentent à l'égard de leurs deux cultures ;
- *Dofasco Inc* : programme à destination de l'entreprise préconisant une culture tournée vers l'engagement des employés et la « dé-stratification » des paliers de gestion et de responsabilités assignées par équipe. Les valeurs clés sont l'intégration de la santé, de la sécurité, de l'ouverture, de la reconnaissance, du respect et du travail en équipe. Les initiatives sont axées sur la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, l'amélioration des conditions de travail, l'augmentation de la réalisation du potentiel des employés, la reconnaissance et la participation au processus décisionnel.

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains mise en place depuis 2005 insiste également sur le fait que les principales

maladies chroniques, à savoir l'apparition de plus de 90 % des diabètes de type 2 et de 80 % des coronaropathies, pourraient être évitées ou retardées par une bonne alimentation, la pratique régulière d'une activité physique, l'élimination du tabagisme et la gestion efficace du stress. Des déterminants environnementaux sous-tendent ces pratiques personnelles d'hygiène de vie, notamment le niveau de revenu, l'emploi, le niveau d'instruction, la culture et l'exclusion sociale. L'objectif de santé mentale se boucle avec celui des modes de vie sains, dans la double perspective de susciter des milieux physiques et sociaux (au travail, à l'école, dans les quartiers) et des comportements (individuels) favorables à la santé.

3.2. Des outils de ciblage en santé mentale et bien-être

L'approche en population générale coexiste avec une prévention plus ciblée ou indiquée. Le Canada s'est doté d'outils d'identification des besoins de publics spécifiques, avec une prise en compte de vulnérabilités associées à l'âge, à des trajectoires de vie ou à la concentration spatiale des populations défavorisées. En tout premier lieu, le gouvernement canadien accorde une attention privilégiée à la santé mentale dès le début de la vie. Un réseau de ressources communes en matière de bien-être des enfants et des jeunes a été mis en place à travers la création d'un programme qui regroupe quatre « centres d'excellence » chargés de fournir au niveau national une information théorique et pratique auprès des parents, des prestataires de services dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse, des chercheurs et des décideurs aux niveaux national et local.

- *Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB)* encourage des projets de prévention et d'intervention en matière de mauvais traitement des enfants auxquels participent divers secteurs, y compris ceux des soins de santé, de l'éducation et de la justice. Les mauvais traitements et la négligence à l'égard des enfants sont associés à des problèmes de développement, de comportement et de santé mentale.
- *Le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE)* recueille et diffuse des enseignements concernant le développement social et émotionnel précoce. Il considère que les expériences vécues pendant la période prénatale et au cours de la petite enfance ont un effet marqué sur la santé physique et mentale, le bien-être, les capacités d'adaptation et de résilience pour l'avenir.
- *Le Centre d'excellence pour les enfants et les adolescents ayant des besoins spéciaux (CEEABS)* sensibilise à la prévention, à l'intervention précoce, aux services et aux politiques concernant les enfants et les adolescents à qui l'on doit fournir des ressources supplémentaires pour soutenir leur développement. Parmi les besoins spéciaux, on distingue les « dons et

talents exceptionnels », les problèmes physiques, sensoriels, cognitifs et d'apprentissage, les problèmes de santé mentale, les problèmes liés à des facteurs sociaux, culturels, linguistiques ou familiaux.

- *Le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes (CEEJ) encourage l'engagement des jeunes dans des activités à but d'intégration sociale.*

Cette attention pour les jeunes générations n'est pas sans lien avec les études longitudinales menées sur de grands échantillons de population au Canada et qui ont permis de mieux identifier les déterminants du développement des personnes. Cette approche développementale, fondée sur des « évidences » (*i.e.* des données statistiques) favorise un report des interventions vers une promotion et une prévention précoce en santé mentale. Le début de la vie apparaît comme une période sensible dans la construction des individus, autant au niveau physique que mental¹.

Avec un certain décalage, la France s'est désormais dotée de ce type d'enquêtes avec la mise en place de la première étude longitudinale française sur le développement des enfants et des jeunes de 0 à 20 ans, la bien nommée « ELFE »². Après avoir été testée depuis l'automne 2007, la cohorte étudiée sera constituée de 20 000 enfants nés à certaines périodes de l'année 2009, qui seront régulièrement suivis de la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans sous l'angle de la santé, de la santé-environnement et des sciences sociales. Elle permettra à terme de disposer de données fiables et pertinentes sur les déterminants du développement de l'enfant, dont un volet « santé mentale », mais cela reporte à plusieurs années la mise à disposition de résultats sur la situation spécifique de la France.

En second lieu, cette approche dynamique des trajectoires en santé mentale et bien-être n'est pas limitée à l'enfance et à la jeunesse. La statistique publique canadienne a systématisé depuis les années 1990 les enquêtes longitudinales, c'est-à-dire le recueil de données de panel, qui permettent de mieux reconstruire les trajectoires des cohortes, les déterminants de ces trajectoires, donc d'identifier les leviers pertinents en matière de santé

1 - Voir l'impact dans la société canadienne des recherches longitudinales et expérimentales sur le développement physique, cognitif, émotionnel et social depuis la conception jusqu'à l'âge adulte. Ces études, qui sont menées auprès de larges échantillons québécois et canadiens, ont pour objectif de mieux comprendre et prévenir le développement des problèmes de comportement et d'agressivité, et aussi d'évaluer les effets à court et à long terme de programmes d'intervention visant à prévenir et à réduire les problèmes d'adaptation chez les jeunes.

2 - Étude longitudinale française depuis l'enfance, adossée sur l'échantillon démographique permanent de l'INSEE, et sous la responsabilité principale de l'INED. À noter, la France dispose de données de panel avec l'échantillon démographique permanent (EDP) depuis 1968 : celui-ci rassemble dans un fichier unique des informations issues des recensements successifs et de l'état civil sur toutes les personnes nées un des quatre premiers jours du mois d'octobre de chaque année. Mais les données collectées ne renseignent pas sur la santé mentale et sont d'un accès forcément restreint au regard des principes de protection des données personnelles.

mentale et de bien-être¹. Ce type d'enquêtes, qui se fait jour en France avec ELFE, pourrait être déterminant pour concevoir des interventions susceptibles d'infléchir sur longue durée les problèmes de santé mentale.

Dernière remarque, au Canada comme dans de nombreux pays (dont la France), un outil territorialisé – l'« indice de défavorisation matérielle et sociale » – est mobilisé dans l'étude des inégalités sociales de santé et dans un but de planification de l'offre de soins et de services. L'indice canadien de défavorisation est construit sur la base d'unités micro-géographiques qui sont autant de lieux de vie relativement homogènes (elles comprennent en moyenne 600 personnes). Il synthétise la part des non-diplômés, le taux d'emploi, le revenu moyen mais aussi la part des personnes vivant seules, la part des personnes séparées, divorcées ou veuves, la part des familles monoparentales. Cet indicateur confère une place importante à l'isolement, donc à l'absence de liens forts et de soutien social. Il se distingue ainsi des outils utilisés dans l'observation des quartiers dits sensibles en France, à dominante plus matérielle, sécuritaire et strictement sanitaire². De manière non fortuite, si le lien « santé-géographie prioritaire » est bien posé dans les deux pays, le Canada porte plus d'attention à la santé mentale. À titre d'illustration sont ainsi objectivées des inégalités très intenses en santé mentale liées à la « défavorisation » : mortalité prématurée par tabagisme, hospitalisation pour troubles mentaux, grossesses adolescentes et naissances de bébés de faible poids qui sont associées à des risques dans les soins et le développement de l'enfant.

Plus que d'autres pays, dont la France, le Canada mobilise des outils d'objectivation et de compréhension des différents sentiers psychosociaux

1 - L'« Enquête sur la dynamique du travail et du revenu » (EDTR) met en évidence les changements économiques traversés par les personnes et les familles ; l'« Enquête longitudinale auprès des jeunes en transition » (EJET) étudie les transitions école-travail chez les jeunes et les facteurs qui influencent ces transitions, dont le contexte familial, les aspirations et expériences sur le marché du travail ; l'« Enquête longitudinale auprès des immigrants » (ELIC) examine le processus d'intégration d'un immigrant au cours des quatre années qui suivent son arrivée ; l'« Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes » (ELNEJ) recueille des renseignements sur les facteurs qui influent sur le développement social et émotionnel ainsi que sur le comportement des enfants et des jeunes ; l'« Enquête sur le milieu de travail et les employés » (EMTE) examine de quelle manière les employeurs et leurs employés s'adaptent au changement dans un environnement concurrentiel axé sur la technologie ; l'« Enquête nationale auprès des diplômés » (END) mesure la situation sur le marché du travail des diplômés canadiens ; l'« Enquête nationale sur la santé de la population » (ENSP) étudie les déterminants de la santé.

2 - Voir à ce sujet le *Rapport 2008 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles*, Délégation interministérielle à la Ville et au Développement social urbain, ministère du Logement et de la Ville, novembre 2008. Ce rapport s'appuie, comme les années précédentes, sur les cinq indicateurs prévus par la loi du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation sur la ville : l'habitat, l'emploi et l'activité économique, la réussite scolaire, la santé, la sécurité et la tranquillité publique. La loi fixe comme objectif à la politique de la ville la réduction significative, sur une période de cinq ans, des écarts entre ses territoires prioritaires, les zones urbaines sensibles (ZUS), et le reste des territoires urbains dans les cinq grands domaines précités. Cette logique de distinction de certains territoires, non pas en fonction d'une pauvreté absolue mais d'une défaveur relative, est commune à la géographie prioritaire française et à l'indice de défavorisation canadien.

empruntés par les personnes et les collectivités, avec une attention particulière pour les groupes les plus vulnérables pour lesquels des facteurs prédictifs sont mis en évidence (personnes migrantes, exposées à la pauvreté, à l'isolement, à une concentration des difficultés sociales sur leur lieu de vie, à des tensions et contraintes au travail, etc.). Ce mode d'objectivation des situations conduit à un rapport plus décomplexé au ciblage et à l'action positive en faveur des groupes les plus contraints, pour lesquels il s'agit d'apporter des ressources supplémentaires dès lors que la situation initiale rend très improbable une sortie spontanée du handicap social. Cette démarche n'exclut pas le maintien d'un objectif de promotion généraliste en santé mentale. En comparaison, la France laisse une plus grande place dans le débat au risque de stigmatisation, ce qui peut freiner certaines initiatives.



Un consensus s'est formé sur la nécessité de travailler en « santé mentale publique ». Le modèle de santé publique est basé sur une prise en considération de toutes les dimensions touchant la santé d'une population. « Les plus importants progrès en matière de santé ont été réalisés grâce à une combinaison de changements structurels et d'actions des individus », comme l'a très bien formulé Don Nutbeam, ancien directeur de la Santé publique au Royaume-Uni. Les interventions peuvent être appliquées à la population (universelle), à des sous-populations (ciblage) et aux niveaux individuels, dans les secteurs à l'intérieur et au-delà du champ de la santé (sanitaires et non sanitaires). Les stratégies en santé publique comprennent des actions pour atteindre la gamme complète des déterminants modifiables de la santé, qui visent directement l'adoption de comportements sanitaires protecteurs ou qui poursuivent des conditions de vie « médiatrices » pour la santé (OMS, 1998)¹.

La promotion d'une santé mentale positive, l'identification précoce des problèmes de santé mentale et la réduction de l'incidence de la maladie mentale sur la vie quotidienne ne sont pas des objectifs contradictoires mais complémentaires. Les associer ne conduit pas forcément les décideurs à des dépenses supplémentaires mais à un redéploiement de dépenses ou à des gains nets.

La stratégie défendue par les différents acteurs internationaux et européens repose sur la démonstration que la promotion de la santé mentale (universelle et ciblée) améliore la vie de tous mais prévient également certains problèmes sociaux et la détresse psychologique. Même dans les cas les plus difficiles à prendre en charge (troubles mentaux caractérisés), une approche axée sur la promotion de la santé mentale est au moins susceptible d'atténuer les difficultés. Un très grand nombre de recherches montre que les interventions

1 - Nutbeam D., *Glossaire de la promotion de la santé*, OMS, 1998.

de promotion de la santé mentale axées non seulement sur les individus, mais sur les *organisations et les collectivités*, réduisent les problèmes mentaux, émotionnels et comportementaux, les problèmes scolaires, les dépendances à des psychostimulants, le stress en milieu de travail, les problèmes sociaux et le nombre de suicides.

Recommandations

- **Mettre en place un site Internet dédié à l'ensemble des dimensions de la « santé mentale »**, décloisonnant et centralisant les principes de politiques mais aussi les curriculums des interventions et des programmes, sur le modèle d'accessibilité et de centralisation des ressources mises en ligne par l'Agence de la santé publique du Canada ou l'Union européenne.
- **Encourager les échanges de bonnes pratiques avec les pays étrangers**, dont le Canada et le Royaume-Uni, **notamment lors de la formation des praticiens**. Une part encore très importante des professionnels de la santé et du secteur social reste à l'écart des circuits de la mobilité internationale, de par la spécificité de leur cursus (faculté de médecine, écoles paramédicales ou de travail social). L'application du schéma LMD (licence-master-doctorat) à ces différents secteurs est plus que jamais une priorité pour introduire une respiration et un renouvellement dans la formation de professionnels qui jouent un rôle de premier plan dans la promotion de la santé mentale et du bien-être des citoyens.
- **Généraliser en France la mise en œuvre d'enquêtes longitudinales** et intégrer à ces enquêtes une composante de recueil de données psychologiques. Concernant les enfants et les adolescents, d'autres enquêtes que ELFE, d'ambitions plus modestes (suivi sur deux à trois ans) et délivrant des conclusions à plus brève échéance (à cinq ans), pourraient être envisagées pour pallier le déficit de données nationales sur le développement de l'enfant.
- **Associer à ces investigations une meilleure exploration de l'état de « bien-être » des populations distinguées par la géographie prioritaire** (observation des zones urbaines sensibles).

Deuxième partie

**Une spécificité française
en matière de santé mentale ?**

Existe-t-il une singularité française en matière de santé mentale et de bien-être ? Cette deuxième partie tente une objectivation de la situation française en matière de santé mentale : elle s'intéresse sur un premier versant (chapitre 3) aux pathologies dites « de la modernité » (stress, détresse psychologique, dépression, suicide) et sur un deuxième versant (chapitre 4), aux expressions de bien-être et de santé mentale positive (dont la confiance en soi et le sentiment d'être en capacité de faire face aux difficultés).

La perception d'un « malaise » des Français en sort relativement confortée. Le flou attaché à cette notion souligne néanmoins la difficulté à cerner des états disparates qui touchent aussi bien au suicide, aux tentatives de suicide, à la dépression, aux conduites à risque, etc. Toutefois, il est manifeste que les expressions de détresse psychologique (dont la dépressivité) ont beaucoup augmenté ces trente ou vingt dernières années. Le niveau de satisfaction et d'optimisme déclarés est assez médiocre. Au risque de surprendre, cela n'empêche pas une majorité de Français de déclarer des émotions plutôt positives au quotidien et de se représenter comme en capacité de prendre en main leur destin ou de faire face aux difficultés. Les émotions ressenties et le sentiment de maîtrise relative sur sa destinée (« *mastery* ») se distinguent assez nettement des jugements portés sur l'existence ou sur l'avenir.

Il serait périlleux à partir d'un seul marqueur d'inférer des jugements globalisants sur l'évolution de la santé mentale d'une population. L'observateur est obligé de confronter différents indicateurs, des mesures et évolutions parfois contradictoires, et d'en tenter une interprétation. Le groupe de travail a été attentif à ramener les indicateurs à ce qu'ils sont censés révéler : les indicateurs de maladie mentale recouvrent la quantification des pathologies mentales, ceux de mal-être s'attachent aux tensions mentales, ceux de bien-être portent sur la satisfaction tirée de son existence au niveau émotionnel ou cognitif.

Nous ne sommes pas tous égaux en santé mentale : réfléchir en moyenne n'est pas forcément adapté dès lors que les disparités sont fortes selon les différents indicateurs. Le différentiel de vulnérabilité est marqué entre les hommes et les femmes, comme entre les groupes cumulant les handicaps et les autres groupes (chapitre 5).

Viser un « état des lieux » en santé mentale et chercher à établir la part des idées reçues et des évidences n'est pas une chose aisée. Il existe parfois,

entre les mesures statistiques et la perception des réalités, un écart qui tend à saper la confiance à l'égard des statistiques officielles : en France et en Grande-Bretagne, un tiers des citoyens à peine ferait confiance aux chiffres officiels, et ces pays ne sont pas des exceptions. Cet écart s'explique souvent par le décalage entre les concepts mobilisés et les préoccupations des citoyens. L'opinion publique et les décideurs ont besoin d'être éclairés sur les applications pertinentes de chaque instrument de mesure¹.

Aussi imparfaite ou controversée soit-elle, la mesure statistique des phénomènes demeure irremplaçable. Elle rend *discutable*, par des chiffres (qui peuvent être contestés), ce qui sinon resterait *indiscutable*. En aucun cas la statistique ne tue le débat. Les informations statistiques sont une ressource primordiale pour la formation de l'opinion² comme pour la prise de décision.

1 - Sur ces principes de méthode, voir notamment le rapport de la commission Stiglitz-Sen-Fitoussi sur la mesure des performances économiques et du progrès social.

2 - « Compter pour compter »... Le caractère stratégique de la mesure est de mieux en mieux compris des acteurs : la création en juin 2007 d'un Observatoire national du stress et des mobilités forcées d'initiative syndicale à France Télécom a marqué une étape décisive dans l'élaboration d'une critique des conditions de travail. Ce type d'initiatives est aujourd'hui réapproprié par les ressources humaines de grandes organisations (HSBC, La Poste, 3M, etc.) comme un outil privilégié de diagnostic et de régulation des relations sociales.



Les Français ont-ils plus de « problèmes » de santé mentale que par le passé ?

Le constat est connu : la France affiche depuis plusieurs années le plus haut niveau de consommation de psychotropes à l'échelle européenne. La dépression, l'anxiété, le stress, le suicide semblent prendre une place de plus en plus importante dans nos représentations des défis auxquels est confrontée la société française. Cette médicalisation et cette sensibilité sont-elles les reflets fidèles d'une augmentation des problèmes de santé mentale dans la population française ? Tout d'abord, il s'agit de préciser ce que l'on entend par « problèmes » et d'évaluer l'ampleur des phénomènes ainsi désignés. Comme cela a déjà été évoqué, il est important de distinguer les troubles mentaux et la détresse psychologique, caractérisée par une humeur dépressive ou anxieuse, sans nier toutefois que la tristesse ou la nervosité, si elles s'avèrent durables, peuvent induire une limitation importante du fonctionnement des individus. Les controverses sur les statistiques en santé mentale laissent l'opinion comme les décideurs dans l'expectative. Elles peuvent être en partie surmontées si l'on s'accorde sur la nature de ce qui fait « problème », la part des évidences et les limites actuelles de la connaissance.

Le rappel de la stabilité de la prévalence des troubles mentaux les plus sévères dans les différentes sociétés est un préalable : la prévalence de la schizophrénie avoisine habituellement 1 %, le trouble de l'anxiété généralisée 2 %, l'état dépressif caractérisé de forte intensité 3 % (en population générale sur les douze derniers mois). Toute velléité de prévention ou d'amélioration en santé mentale est-elle pour autant rendue caduque ? En matière de santé mentale, beaucoup est affaire de degré d'intensité des troubles, de publics touchés, de facteurs mis en cause, d'impact sur la qualité de la vie et, en définitive, de capacité à participer à la vie sociale...

Qu'est-ce qui a changé de ce point de vue depuis vingt ou trente ans ? Les aspects qualitatifs et quantitatifs retiennent l'attention. Les jeunes et les personnes d'âge actif sont plus frappés qu'auparavant par la dépression et le

niveau enregistré de détresse psychologique est en hausse (1.). La souffrance psychosociale au travail est devenue récemment une préoccupation nationale¹. L'exploration statistique de ce phénomène, qui va bien au-delà du simple « stress », reste toutefois très imparfaite (2). Enfin, alors que la question du suicide est fortement médiatisée, il s'agira de faire le point sur les données disponibles et leur interprétation (3.).

1. Renouveau du trouble mental, progression de la détresse psychologique

Quels enseignements pouvons-nous tirer de l'évolution récente des données épidémiologiques en santé mentale ? Premier constat, si le taux de dépression n'augmente pas ou peu, il n'est pas indifférent qu'elle frappe des personnes plus jeunes qu'auparavant, ce qui a un autre impact sur la vie sociale et économique. Second constat, la détresse psychologique déclarée est en forte progression. Elle affecte aussi une population jeune et active, ce qui n'exclut pas une souffrance dans le vieillissement, mais reportée, avec l'allongement du cycle de vie, plutôt du troisième vers le « quatrième âge ».

1.1. Le « rajeunissement » de la dépression

Les chiffres concernant la prévalence des troubles dépressifs en France diffèrent quelque peu selon les enquêtes, ce qui reflète les difficultés méthodologiques de la mesure de la dépression².

Les statistiques les plus récentes, issues des enquêtes Baromètre santé 2005³ et Anadep⁴, montrent que 5 % à 7,8 % de Français disent avoir

1 - Les risques psychosociaux sont une problématique émergente en France, très en retard au regard de la reconnaissance qui leur a été apportée dans d'autres sociétés européennes. Ce retard est d'autant plus remarquable que la sociologie comme l'économie ont souligné de longue date les changements majeurs qui ont affecté la sphère du travail depuis les années 1980, tant au niveau organisationnel que dans les relations professionnelles. Cette situation pose la question de l'expertise des partenaires sociaux, des institutions de sécurité sociale et des pouvoirs publics.

2 - La définition de l'état dépressif majeur (EDM) est donnée par un document référent de psychiatrie et utilisé dans le monde entier, le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Toutefois, une des spécificités des troubles mentaux en général et de la dépression en particulier est qu'ils ne présentent pas, à la différence des maladies somatiques, de marqueurs physiopathologiques utilisables en pratique pour un diagnostic. Ce sont majoritairement des éléments cliniques reposant sur l'observation du patient et ses déclarations qui permettent de poser le diagnostic, même si des examens complémentaires peuvent exclure des diagnostics différentiels ou renforcer des hypothèses.

3 - Beck F., Guilbert P. et Gautier A., *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 2005.

4 - Chan Chee C., Beck F., Sapinho D. et Guilbert P. (dir.), *La dépression en France – Enquête Anadep 2005*, INPES, 2009.

Tableau n° 1 : Définition des troubles dépressifs et de la détresse psychologique

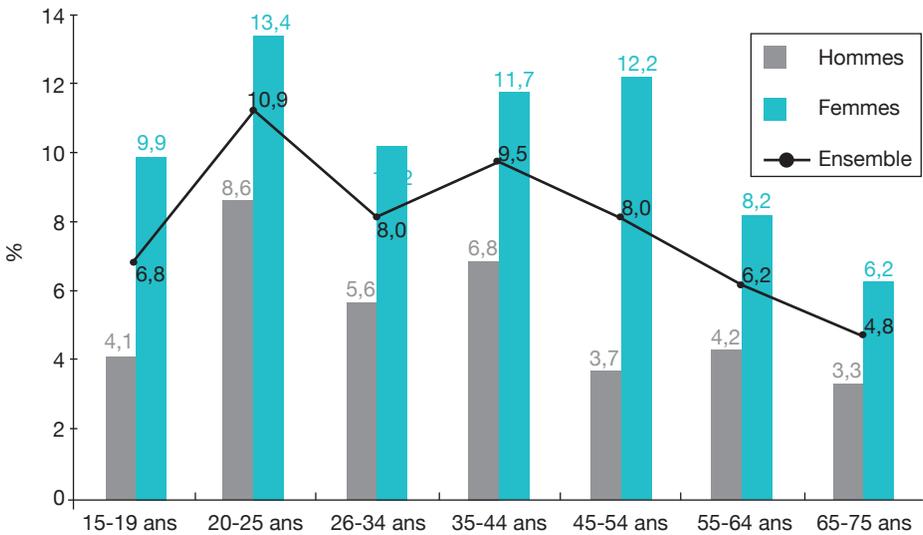
Troubles dépressifs (DSM-IV et CIDI-SF)	
Symptômes	Types de troubles
<p>Symptômes principaux Symptôme de tristesse : vivre une période d'au moins deux semaines (critère de durée) consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée (critère d'intensité) et presque tous les jours (critère de fréquence) ; symptôme d'anhédonie : vivre une période d'au moins deux semaines (critère de durée) consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée (critère d'intensité) et presque tous les jours (critère de fréquence).</p> <p>Symptômes supplémentaires Perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir (uniquement dans le cas d'une réponse positive au symptôme principal de tristesse) ; épuisement, manque d'énergie ; prise ou perte de 5 kg au moins ; difficultés pour dormir ; difficultés de concentration ; perte de confiance en soi, dévalorisation ; pensées morbides (avoir pensé à la mort en général, pour soi ou pour les autres).</p>	<p>Épisode dépressif majeur (EDM) Au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) associés à une perturbation des activités (d'intensité faible, modérée ou importante). Selon le nombre de symptômes et le niveau de perturbation des activités, il se répartit en épisodes dépressifs majeurs légers, moyens ou sévères.</p> <p>États subsyndromiques États caractérisés par des périodes de tristesse ou d'anhédonie qui ne présentent pas tous les symptômes de l'EDM ou qui présentent un nombre de symptômes suffisant par rapport aux critères de l'EDM mais pas de perturbation des activités.</p>
Détresse psychologique	
<p>La détresse psychologique est généralement « mesurée » à l'aide de cinq questions issues de l'échelle de qualité de vie SF-36 : « Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) : 1/ très nerveux(se) ; 2/ si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ; 3/ calme et détendu(e) ; 4/ triste et abattu(e) ; 5/ heureux(se) ? ». Les réponses se font sur une échelle de fréquence. Un score global de santé psychique est calculé en additionnant les valeurs des réponses de chaque question (score final variant de 0 à 100). Un score inférieur ou égal à 52 est indicatif. Il ne pose pas un diagnostic précis mais permet d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe probablement à risque de présenter une détresse psychologique. Celle-ci se caractérise par la présence de symptômes, le plus souvent dépressifs ou anxieux. Relativement communs, ces symptômes apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de vie ou d'événements stressants et peuvent être transitoires. Dans la majorité des cas, les personnes en détresse psychologique ne nécessitent pas de soins spécialisés. Toutefois, mal repérée ou mal accompagnée, la détresse psychologique peut faire basculer la personne dans une maladie ou multiplier les difficultés sociales.</p>	

Source : Briffault X., Morvan Y., Guilbert P. et Beck F., « Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 35-36, InVS, 23 septembre 2008

souffert de troubles dépressifs caractérisés ou d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) dans l'année écoulée. Les chiffres du Baromètre santé 2005 révélaient ainsi que 7,8 % des personnes interrogées présentaient un EDM, soit 3 millions de Français : 4,2 % souffraient d'un EDM d'intensité moyenne et 3,2 % d'un EDM sévère.

La formulation d'une question en santé mentale, comme dimension de la question sociale, n'est pas indifférente à la part prise par la jeunesse et les personnes d'âge actif à ces phénomènes.

Graphique n° 2 : La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés en fonction de l'âge



Source : Baromètre santé 2005

Toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire une fois l'effet de l'âge corrigé des autres variables (pauvreté, chômage, etc.), les risques de dépression augmentent bien avec l'âge. Cependant, les disparités sociales font qu'aujourd'hui les classes d'âge 56-65 ans et 66-75 ans présentent le moindre risque. La dépression est en effet modulée par des événements de vie qui sont, pour beaucoup d'entre eux, moins fréquents avec l'avance en âge (stress professionnel, mobilités, difficultés financières).

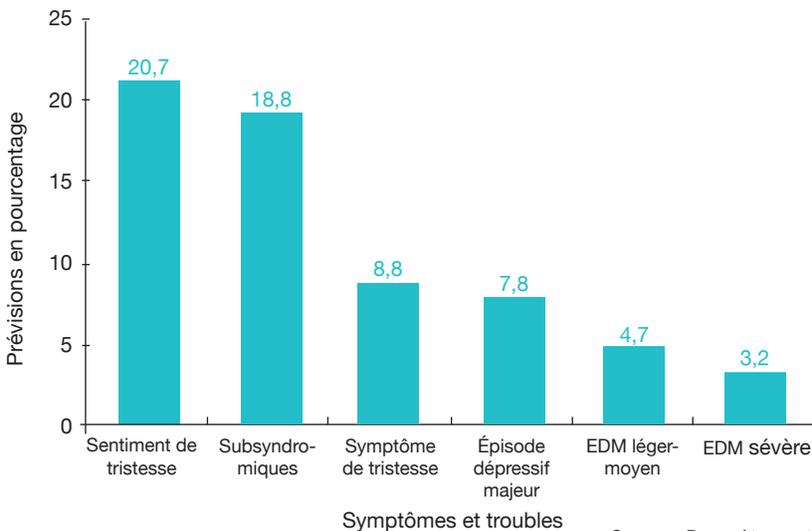
Si, par le passé, les personnes de plus de 60 ans étaient les plus vulnérables à la dépression, elles ont été depuis rattrapées et dépassées par d'autres groupes d'âge. La dépression touche manifestement un public plus jeune. C'est parmi les populations « nouvellement » vulnérables face aux risques sociaux que les risques de dépression ont augmenté en vingt ans. Les personnes âgées en France ont longtemps présenté une situation économique et sociale beaucoup plus défavorable que les autres classes d'âge. Avec la montée en charge des dispositifs de protection sociale et

le bénéfice tiré des Trente Glorieuses, une génération de baby-boomers a connu un destin plus favorable. Aujourd'hui, ce sont plutôt les populations « jeunes » qui sont confrontées aux difficultés sociales et économiques et qui doutent de pouvoir connaître un destin aussi favorable que leurs aînés. Ces évolutions se reflètent très directement dans les chiffres de prévalence de troubles dépressifs en fonction de l'âge. Enfin, les femmes sont presque deux fois plus touchées, les hommes semblant emprunter d'autres voies d'expression du mal-être, dont les comportements d'addiction.

1.2. La dépressivité : un facteur trois en vingt ans ?

Si on considère la part des personnes qui présentent un sentiment de tristesse, un « subsyndrome » ou de la détresse psychologique (i.e. une association d'humeurs de tristesse et d'anxiété), les prévalences sont logiquement beaucoup plus massives. Ce sont environ 20 % des Français qui sont atteints par la « dépressivité ».

Graphique n° 3 : Prévalence des troubles et symptômes dépressifs et du sentiment de tristesse



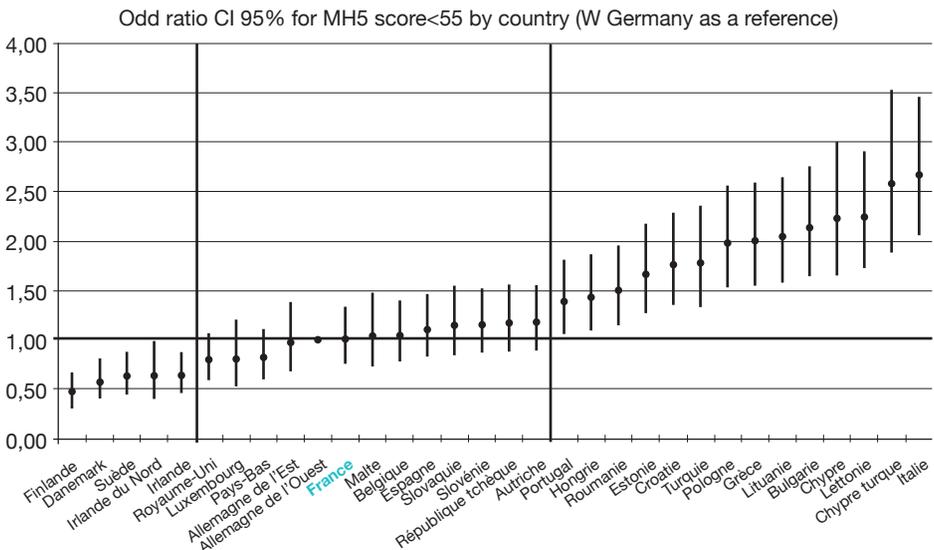
Des études font observer que le nombre de personnes déclarant un état de dépressivité a presque triplé en vingt ou trente ans, pour atteindre une prévalence de presque 30 % de l'échantillon dans certaines régions. Ce phénomène est par exemple visible en Île-de-France qui a bénéficié d'une étude évolutive sur la question. Elle présente des chiffres particulièrement révélateurs lorsqu'on sait que les personnes résidant dans cette région obtiennent généralement des scores de qualité de vie significativement moins bons qu'ailleurs en France dans le domaine de la santé mentale. Si, en 1991, 10,8 % de la population francilienne déclarait être sujette à un ou plusieurs

symptômes dépressifs synonymes de dépressivité, le taux de prévalence passait à 28,3 % en 2005. Si 8,9 % d'individus répondaient aux symptômes d'un épisode dépressif majeur en 1991, ils n'étaient « que » 11,7 % en 2005, ce qui représente, en comparaison, une très faible augmentation¹.

Sans chercher à banaliser la détresse psychologique, les comparaisons européennes placent la France dans la moyenne de l'expression du phénomène, au même niveau que l'Allemagne. Si l'on considère l'Eurobaromètre 2005 (Enquête MH5), 17 % en moyenne de la population européenne présentait un niveau significatif de détresse psychologique. Trois principaux groupes de pays sont identifiés² :

- ceux affichant des taux bas de détresse psychologique, à savoir l'Irlande et les pays d'Europe du Nord ;
- ceux se situant dans la moyenne européenne, parmi lesquels la France, l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg, l'Autriche, le Royaume-Uni, l'Espagne, la République tchèque, la Slovaquie, la Slovaquie et Malte ;
- ceux présentant un niveau élevé de détresse psychologique, à savoir les pays de l'Europe du Sud (Italie, Portugal, Grèce), de l'Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie, Pologne, Hongrie, Croatie) et les Pays Baltes.

Graphique n° 4 : Détresse exprimée par pays au sein de l'UE

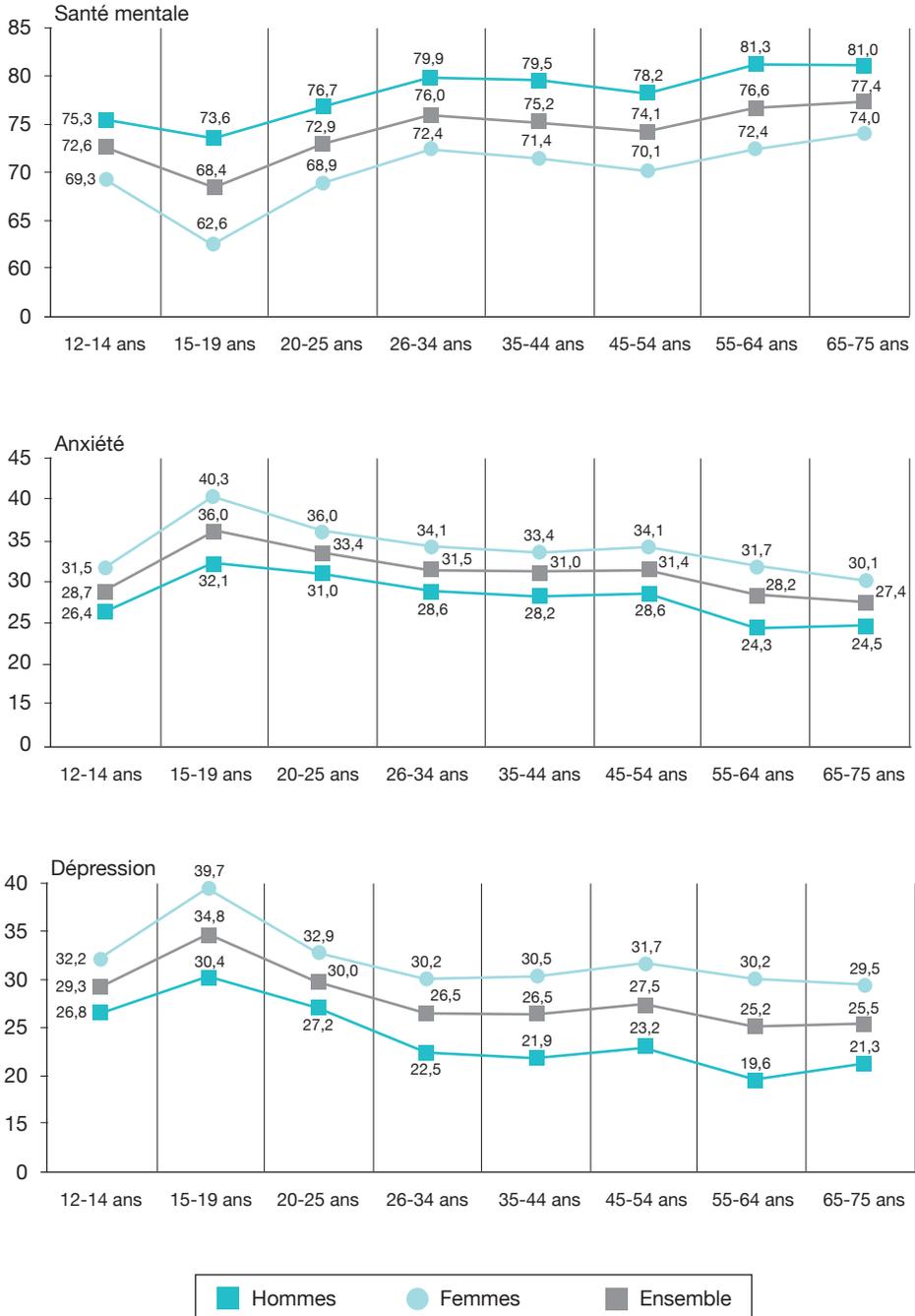


Source : Eugloreh, *The Report on the Status of Health in the European Union, Eurobaromètre 2005*

1 - Kovess-Masféty V., Briffault X. et Sapinho D., « Prevalence, risk factors and use of health care in depression: A survey in a large region of France between 1991 and 2005 », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 10, octobre 2009.

2 - Après une régression logistique afin de contrôler l'âge, le genre, le statut marital, professionnel, le niveau d'études ainsi que la résidence (rural/citadin).

Graphique n° 5 : Scores de qualité de la vie de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, suivant le sexe et l'âge (en pourcentage)



Source : scores échelle de Duke ; exploitation Baromètre santé 2005, INPES

Si l'on considère d'autres indicateurs plus généraux, dits de « qualité de la vie », les Français présentent en moyenne un bon score de « santé » mentale mais les scores de « dépression » ou d'« anxiété » ne sont pas négligeables¹. L'indicateur par score souligne surtout un écart dans le bien-être déclaré entre les femmes et les hommes, les plus jeunes et leurs aînés. Les scores d'« anxiété » et de « dépression » déclarées sont particulièrement élevés à l'adolescence, entre 15 et 19 ans, pour s'améliorer par la suite.

Comment interpréter ces phénomènes ? Le fait que les souffrances psychiques soient aujourd'hui plus dicibles est établi. Les personnes se plaignent plus de leurs symptômes psychiques et les tolèrent moins, ce qui les amène à demander plus souvent de l'aide psychologique ou médicamenteuse. Plusieurs explications ont été données. La souffrance psychique est devenue la manière la plus licite et audible socialement de se plaindre, alors même que d'autres formes d'expression du mécontentement, voire de la conflictualité, sont déconsidérées, surtout si elles sont violentes. Par ailleurs, la société sollicite plus que par le passé l'initiative ou la responsabilité de l'individu².

Cette évolution est positive pour certains et négative pour d'autres, en fonction de leur position sociale, de leur éducation et de leur personnalité, ce qui peut avoir influencé le niveau général de bien-être ressenti et exprimé.

1.3. Une réponse par le médicament qui n'est pas satisfaisante³

On rappelle souvent que les Français sont les premiers consommateurs de médicaments psychotropes en Europe. Mais les chiffres de cette consommation nous informent moins sur l'état de santé mentale des Français que sur les usages de prescription des médicaments.

Les études conduites en population générale montrent qu'un certain nombre de malades ne sont pas pris en charge alors qu'ils devraient l'être, ce qui suppose d'améliorer l'accès aux soins. À l'inverse, une majorité de la population prise en charge ne présente pas de symptômes dont la sévérité justifierait une prescription. Selon la DREES, sur 100 personnes ayant consommé un antidépresseur dans l'année, 33 % répondent aux critères d'un trouble dépressif, mais 56 % d'entre elles n'ont ni trouble anxieux ni trouble dépressif justifiant l'usage de substances psychoactives.

1 - L'échelle de santé de Duke est un questionnaire de 17 items qui explorent trois dimensions principales : la santé physique, la santé mentale et la santé sociale qui, combinées entre elles, donnent un score de santé générale. En outre, l'échelle fournit des indices pour évaluer l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la douleur, l'incapacité, et la santé perçue. Les scores sont normalisés de 0 à 100, 100 étant le score optimal, hormis pour les scores d'anxiété, de dépression et d'incapacité pour lesquels un score élevé correspond à une situation dégradée.

2 - Ehrenberg A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, op. cit.

3 - Enquête INPES avec exploitation OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

Encadré n° 6 Le boom des antidépresseurs

L'augmentation des volumes d'antidépresseurs est bien plus élevée que celle du nombre de malades déclarés. Cette tendance s'est développée depuis les années 1980 : selon la DREES¹, la valeur des ventes d'antidépresseurs en France est passée de 84 millions d'euros en 1980 à 543 millions d'euros en 2001, soit une augmentation de 670 % en vingt ans. Ce n'est pas l'augmentation des doses mais le nombre de journées de traitement qui a provoqué cette croissance : elles ont augmenté de 620 % depuis les années 1980.

Un Français sur quatre a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois et un Français sur trois en a déjà consommé au cours de sa vie. Les comptes de santé par pathologie indiquent que les médicaments psychotropes se situent au deuxième rang derrière les antalgiques pour le nombre d'unités de médicaments prescrites en France. Plus de la moitié des psychotropes utilisés sont des antidépresseurs.

Le montant des remboursements par la Sécurité sociale en 2003 et 2004 pour les médicaments psychotropes est estimé à un milliard d'euros, contre 317 millions d'euros en 1980. L'essentiel de la croissance du marché de l'ensemble des psychotropes s'explique par la montée en puissance, à partir de 1990, de la catégorie des antidépresseurs de nouvelles générations. Les antidépresseurs représentent aujourd'hui plus de 50 % des ventes de psychotropes, alors qu'ils en représentaient 25 % en 1980 (et les anxiolytiques et les hypnotiques 60 %)².

Ce constat est renforcé par les données sur les fréquences d'usage qui montrent que les Français consomment certes plus fréquemment des psychotropes que leurs voisins européens, mais sur des durées plus brèves. Cette situation traduit non une meilleure couverture des besoins sanitaires mais un mauvais usage des médicaments. Certains observateurs dénoncent le non-respect par les médecins des indications thérapeutiques présentes dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) ou des recommandations professionnelles délivrées par la Haute autorité de santé (HAS) : inadéquation du traitement aux troubles psychiques constatés et dépassement fréquent des limites de durée de traitement préconisées, par renouvellement des prescriptions.

La prescription et la vente de ces médicaments ne reflètent pas forcément leur consommation. En effet, les quantités vendues sont connues par les remboursements d'assurance maladie, mais ce décompte ne permet pas de savoir ce qui est réellement consommé. Les indications des traitements semblent peu et mal respectées en France par les patients, non seulement par manque de « discipline » mais également parce qu'ils ne correspondent pas forcément aux besoins réels des personnes.

1 - Amar E. et Balsan D., « Les ventes d'antidépresseurs », *Document de travail*, n° 36, DREES, octobre 2003.

2 - Briot M., *Le bon usage des médicaments psychotropes*, rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, juin 2006.

Si la médicalisation est une charge pour les comptes de l'assurance maladie, elle est aussi l'indication que la détresse psychologique est trop confinée à la sphère sanitaire et insuffisamment prise en charge socialement, non seulement par une écoute ou une parole¹, mais aussi par la poursuite de changements concrets relatifs aux conduites des personnes comme à leurs conditions de vie. L'émergence des risques psychosociaux rend plus visible l'importance des conditions de vie, qui sont *l'écologie de la santé mentale*, et les comportements individuels qui lui sont intimement liés.

2. La souffrance psychosociale au travail, une problématique émergente en France

Les risques psychosociaux (RPS) ou la souffrance psychosociale sont souvent résumés par simplicité sous le terme de « stress », qui n'en est en fait qu'une manifestation. Les RPS recouvrent en réalité des risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les qualifie de « psychosociaux » car ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail², bien qu'ils ne relèvent pas systématiquement dans les faits de la santé mentale (la dimension d'usure ou de pénibilité physique étant aussi bien présente).

La (re)connaissance des RPS est facilitée aujourd'hui par des chiffres exposant leur ampleur et leur coût. Elle l'est également par le surgissement de faits particulièrement dramatiques, les suicides liés au travail ou accomplis sur le lieu de travail. Certaines incidences sur la santé ne sont guère contestables. Toutefois, une part de flou définitionnel et des incertitudes de mesure demeurent. Elles constituent une difficulté majeure pour la conception de politiques (publiques et d'entreprise) et l'approfondissement du dialogue social dans le sens de mesures plus opérationnelles. C'est à juste titre que les pouvoirs publics et les partenaires sociaux font de la mesure des RPS une priorité pour la conduite et l'évaluation d'une action en faveur de la santé mentale (nous reviendrons sur ce point dans la dernière partie dédiée aux pistes d'action). Sont ci-après particulièrement soulignés les acquis et les limites de la connaissance concernant la santé mentale au travail (2.1.), mais aussi les maladies cardiovasculaires (MCV) et les troubles musculo-squelettiques (TMS), qui relèvent pour une part encore à préciser des effets de stressseurs de type psychosocial (2.2.). À titre plus exploratoire, l'hypothèse d'une (ré)émergence de « syndromes anxieux » de nature collective ou épidémique est évoquée (2.3.).

1 - La prise en charge par la parole et l'écoute ou « *mentalisation de la souffrance* » est commune à un grand nombre d'interventions : l'ensemble des thérapies mais aussi des interventions sociales comme l'entretien, les groupes de parole, l'accompagnement, voire le *coaching* et le conseil, bien qu'ils soient plus directement orientés vers l'action. Toutes ces démarches sont naturellement des préalables à une reprise de la maîtrise sur son existence mais peuvent ne pas être suffisantes face à des problèmes plus structurels ou organisationnels auxquels les personnes seraient confrontées.

2 - www.travailler-mieux.gouv.fr.

Encadré n° 7

Les risques psychosociaux, entre évidences et difficultés d'objectivation

Au niveau international, les RPS sont considérés comme une préoccupation majeure par l'OCDE, l'UE et le BIT. Dans le cas de la France, cette question est l'objet d'un effort sans précédent de connaissance, mais aussi de reconnaissance politique et institutionnelle, par les ministères du Travail et de la Santé, les parlementaires et les partenaires sociaux.

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, ces phénomènes ont une dimension inédite, en lien avec des changements techniques ou organisationnels contemporains. Les mutations socioéconomiques, démographiques et politiques, y compris la « mondialisation » comme source de pression concurrentielle, seraient des facteurs importants. Les risques psychosociaux émergents identifiés dans les études récentes sont les nouvelles formes de contrats de travail et la précarité de l'emploi ; le vieillissement de la main-d'œuvre (les travailleurs âgés sont plus vulnérables que les jeunes salariés aux dangers résultant de mauvaises conditions de travail) ; l'intensification du travail ; les fortes exigences émotionnelles au travail ; le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée, associé à l'entrée des femmes sur le marché du travail. Selon l'OCDE, les difficultés de santé mentale associées au travail ont augmenté presque partout en Europe depuis le milieu des années 1990 (elles auraient reculé au Royaume-Uni mais progressé d'environ 4 points en France, au Danemark, en Espagne, et de 6 points en Belgique et en Suède).

Si l'exploration statistique de la souffrance psychosociale est très imparfaite, le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a tenu à rappeler un certain nombre d'évidences¹. L'exposition à ces « risques », qui sont de nature très variée, conduit à l'installation de syndromes d'anxiété et de dépression ; à l'augmentation de la sécrétion de certaines hormones ou de la tension artérielle via le stress (mécanismes directs) ; à des modifications de comportements dits à risque comme les consommations de tabac ou d'alcool (mécanismes indirects). La littérature souligne les effets des stressors psychosociaux sur les maladies cardiovasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques. Des études ont montré un accroissement du risque de ces pathologies pouvant atteindre 50 % à 100 % en cas d'exposition aux facteurs psychosociaux au travail.

Le collège d'expertise a retenu à titre provisoire six dimensions de risques à caractère psychosocial : les exigences du travail, la charge émotionnelle, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et l'insécurité socioéconomique². Ce travail en

1 - Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail*, DARES et DREES, octobre 2009. Animé par Michel Gollac, sous l'égide de l'INSEE, il a remis un rapport intermédiaire au ministre en charge du Travail le 9 octobre 2009. Les conclusions des travaux sont annoncées pour décembre 2010.

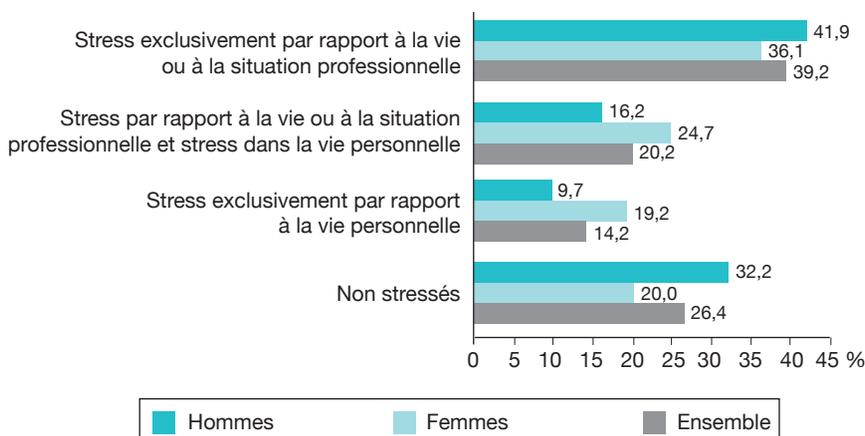
2 - Les facteurs psychosociaux au travail pouvant induire des effets néfastes sur la santé sont multiples : exigences de travail élevées en termes aussi bien quantitatifs que qualitatifs, manque de latitude décisionnelle dans le travail, faible soutien social au travail, manque de reconnaissance, etc. Ces facteurs sont en général évalués via des instruments dérivés de modèles théoriques qui mettent en exergue certaines dimensions, jugées cruciales, de l'environnement psychosocial

cours devrait permettre de progresser dans la compréhension des phénomènes, au regard des résultats fragmentaires et trop peu comparables entre eux des enquêtes existantes.

2.1. Le stress : une notion omniprésente mais imprécise

La notion de stress est la plus mobilisée dans l'espace public comme dans une partie des enquêtes. Souvent valorisé par les DRH et les managers jusque dans un passé récent, le stress est désormais mieux perçu dans son aspect négatif, si ce n'est morbide. L'impact physiologique de l'exposition de long terme à des stressseurs est connu¹. Toutefois, du fait de l'imprécision de la notion, le stress mesuré renvoie à des phénomènes d'intensité très inégale, allant de la tension passagère à des états présentant un risque d'épuisement professionnel (*burnout*) et de maladies associées.

Graphique n° 6 : Stress déclaré dans le dernier mois par l'ensemble des actifs occupés



Source : Baromètre santé 2005

de travail. D'autres dimensions ont été plus récemment mises en évidence, telles l'injustice organisationnelle, l'insécurité de l'emploi et différentes formes de violence. D'autres facteurs pourraient émerger de travaux futurs.

1 - Dans une situation critique, les hormones et le système nerveux conditionnent l'individu comme s'il était en présence d'un danger physique immédiat : accélération de la fréquence cardiaque, élévation de la pression artérielle, libération d'hormones (ACTH, cortisol, adrénaline, ocytocine, vasopressine) et augmentation de la vigilance, mobilisation de la réserve d'énergie, déviation du flux sanguin vers les muscles. Le stress mobilise l'énergie et les ressources normalement utilisées dans des processus physiologiques importants pour la conservation de la santé à long terme. Les systèmes cardiovasculaire et immunitaire sont tous deux affectés. Si la tension se prolonge ou se répète excessivement, l'individu devient vulnérable à une série de problèmes de santé : le déséquilibre hormonal cause un affaiblissement de la réponse immunitaire avec pour conséquences une facilité à être contaminé par des germes, victime d'un cancer ou d'une maladie auto-immune (voir aussi l'exposition au diabète, l'hypertension, les accidents cardiaques ou vasculaires cérébraux, la fatigue et la tension musculaire, la dépression et l'agressivité).

Selon le Baromètre santé 2005, le stress déclaré dans le dernier mois par les actifs occupés est plus souvent d'origine professionnelle que personnelle. 59,4 % des actifs occupés déclarent un épisode de stress en lien avec leur vie professionnelle (58,1 % des hommes et 60,8 % des femmes), alors que 34,4 % signalent avoir été victimes d'un épisode de stress dans leur vie personnelle (25,9 % des hommes vs 43,9 % des femmes). Le stress des femmes est plus que celui des hommes à l'interface de la vie professionnelle et personnelle, du fait d'un empiètement mutuel des sphères d'investissement (double journée et charge mentale).

Une part significative des actifs (38,5 %) déclare que leur travail affecte leur santé. Parmi les affections déclarées, la principale est le stress (28,2 %) devant la fatigue générale (27,2 %), les maux de dos (22,9 %) et les douleurs musculaires du cou et des épaules (19,0 %). Une part significative des personnes stressées déclare avoir ressenti un ou plusieurs symptômes parmi lesquels des tensions musculaires (29 %), des troubles du sommeil (25 %), de l'anxiété (25 %), une baisse de vigilance (12 %).

Pour faire face au stress, quatre personnes sur dix (44,4 %) déclarent manger plus qu'à leur habitude, trois quarts des fumeurs (77,9 %) fumer davantage, une personne sur dix (17,5 % des hommes et 6,4 % des femmes) augmenter sa consommation d'alcool (3,6 % avoir parfois recours à d'autres drogues – ecstasy, cocaïne, héroïne, etc.). La prise de médicaments psychotropes suite à une situation de stress professionnel concernerait 13,0 % des hommes et 22,9 % des femmes.

Selon l'enquête de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT/CSA) de juin 2009 réalisée auprès de salariés, les causes du stress sont en premier lieu à rechercher dans l'organisation du travail (41 %), la non-satisfaction des exigences personnelles (38 %), les relations avec la hiérarchie et les collègues (31 %) ainsi que les changements dans le travail (31 %).

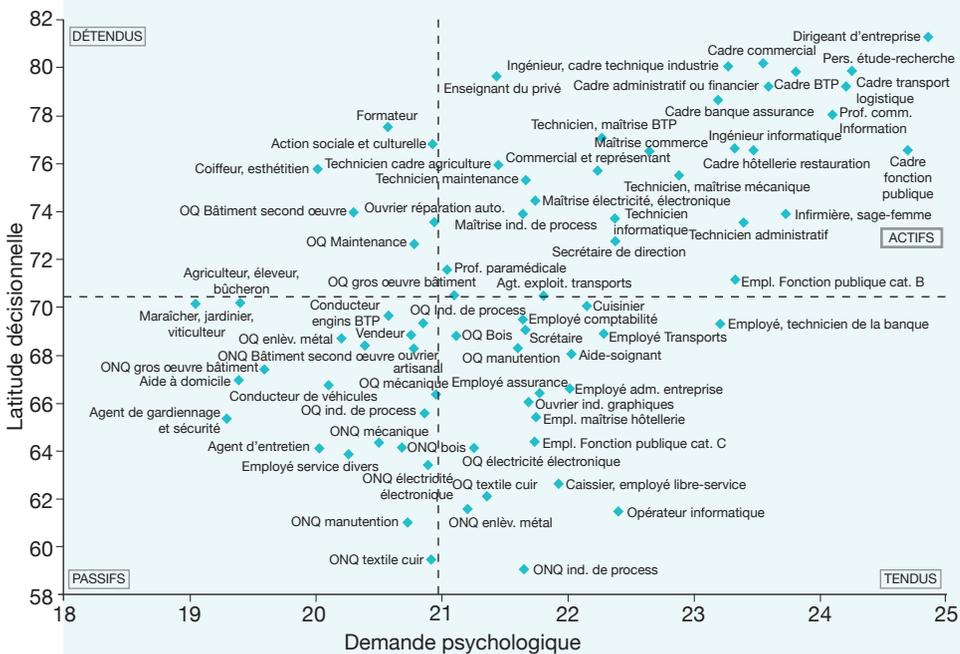
Les résultats des enquêtes SUMER 2003¹ et « Conditions de travail » de la DARES de 2005 insistent plus directement sur l'intensification du travail et les tensions suscitées par la « relation client » : 60 % des salariés concernés estimaient devoir fréquemment interrompre une tâche pour en commencer une autre ; 48 % travailler dans l'urgence ; 53 % que leur rythme de travail était imposé par une demande à satisfaire immédiatement ; parmi les 68 % des salariés en contact avec le public, 42 % déclaraient vivre des situations de tension avec le public et 25 % subir des agressions verbales.

1 - Enquête nationale transversale périodique menée en 2003 par la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et l'Inspection médicale du Travail sur les salariés du régime général et du régime agricole ainsi que ceux des hôpitaux publics, de La Poste, de la SNCF et d'Air France. Ont été exclus certains secteurs : principalement les administrations publiques, les Mines, les compagnies de transports maritimes et urbains et France Télécom. Il s'agissait d'un questionnaire administré via les médecins du travail associé à un auto-questionnaire (49 984 salariés enquêtés dont 25 380 ont rempli l'auto-questionnaire).

Encadré n° 8 Le *job strain*, le « stress » des employés et des cols bleus ?

Face au cliché distinguant des ouvriers soumis à une pénibilité physique et des cadres subissant une pénibilité mentale (le stress), l'approche des tensions au travail (*job strain* ou « travail sous contraintes ») montre un cumul plus complexe de risques en bas de l'échelle des catégories socioprofessionnelles (CSP). Le modèle de Karasek utilisé dans l'enquête SUMER croise la demande psychologique pesant sur le salarié, la latitude décisionnelle dont il dispose pour y répondre et le soutien social (la « solidarité » des collègues).

Graphique n° 7 : La prévalence du *job strain* par catégorie socioprofessionnelle



Source : SUMER 2003

« Une forte demande psychologique alliée à une faible latitude crée une situation de *job strain* avec risque d'accident cardiovasculaire, de troubles musculo-squelettiques et de dépression. C'est pour les salariés qui cumulent le plus de pénibilités physiques et organisationnelles (horaires, rythme de travail, mais aussi tensions avec le public et le management) que les situations de *job strain* sont les plus fréquentes. Il y a un cumul des pénibilités physiques et mentales », souligne Dominique Waltisperger, de la DARES. Dans ce modèle, les « cols blancs », en raison de leur latitude décisionnelle, forment la catégorie la moins exposée au *job strain* (14 % d'entre eux), contre un tiers des « cols bleus ». Il faut toutefois saisir que le *job strain* n'est pas synonyme de « stress » au sens usuel du terme : les salariés soumis à une forte demande dans leur travail mais disposant de marges

importantes pour y faire face, sont nombreux à trouver leur travail très stressant. Les cadres sont confrontés à la plus importante demande psychologique et sont le plus amenés à répondre à des urgences (60 %) ou à interrompre leurs tâches (78 %). Ils déclarent nettement plus de problèmes de sommeil liés au travail (hyperactivité mentale). Mais les « ouvriers » et « employés » exposés au *job strain* – et plus encore les femmes, dans ces CSP – sont plus nombreux que les autres à se déclarer en mauvaise santé. Les intérimaires sont particulièrement surreprésentés¹. Les généralités cols bleus/cols blancs n'excluent pas des situations plus particulières : à titre d'exemple, l'enquête Technologia de 2007 avait révélé que 30 % des salariés du Technocentre Renault de Guyancourt, plutôt des cadres, souffraient de *job strain*, et jusqu'à 60 % dans certains services : la latitude décisionnelle était considérablement réduite par les délais imposés et le management par objectifs de la direction².

L'enquête SAMOTRACE, qui associe l'InVS, souligne avec plus d'insistance l'enjeu de la reconnaissance des efforts effectués, en appliquant le modèle dit de Siegrist, qui évalue le déséquilibre entre efforts consentis et récompenses obtenues, ainsi que le surinvestissement dans le travail³. Les femmes exposées à un déséquilibre entre efforts et récompenses déclarent trois fois plus souvent un « mal-être » que celles qui n'y sont pas confrontées ; les hommes, 2,3 fois plus souvent. Les salariés soumis à une forte demande psychologique sont une fois et demie plus souvent en état de « mal-être ». Même chose pour le faible soutien social. En revanche, il n'y a pas de lien constaté avec le manque de latitude de décision dans le travail. Toutefois, le cumul de la faible latitude décisionnelle, d'une demande psychologique importante et d'un faible soutien social est particulièrement à risque (voir encadré n° 8). Du côté des femmes, les violences au travail ressortent de manière plus spécifique : 5 % d'entre elles affirment être exposées à des violences physiques et 16 % à des menaces ou humiliations (c'est le deuxième facteur de souffrance chez les femmes, après le déséquilibre entre efforts et récompenses).

1 - DARES, *Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003*, mai 2008.

2 - Technologia est un cabinet d'expertise agréé par le ministère du Travail, actuellement chargé d'enquêter sur les « risques psychosociaux » au sein de l'entreprise France Télécom.

3 - L'observatoire épidémiologique SAMOTRACE a mobilisé 120 médecins du travail dans les régions Centre, Poitou-Charentes et Pays-de-la-Loire, qui ont enquêté auprès de 6 000 salariés entre 2006 et 2008. SAMOTRACE repose sur la double investigation menée sur la santé mentale et sur les facteurs de risques professionnels auprès d'une même population. D'une part, la détresse psychique ou le mal-être des salariés ont été mesurés avec le GHQ-28 (questionnaire de santé générale). Ce dernier identifie des symptômes dépressifs, des troubles anxieux, des symptômes somatiques et des difficultés dans le comportement social (37 % des femmes et 24 % des hommes interrogés dans l'enquête ont exprimé un « mal-être »). D'autre part, le ressenti des travailleurs sur leur exposition aux facteurs psychosociaux a été exploré par le questionnaire de Karasek, qui vise à décrire le niveau de demande psychologique, de latitude de décision et de soutien social au travail, et celui de Siegrist, qui évalue le déséquilibre entre efforts consentis et récompenses obtenues, ainsi que le surinvestissement dans le travail. Des questions sur la violence ou la conscience professionnelle ont été également posées.

Chacune des enquêtes a donc apporté des éclairages et des résultats utiles mais qui ne sont pas systématiquement comparables, en l'absence de standardisation des questionnaires ou de similitude des concepts mobilisés. La population active dans son ensemble n'est pas non plus systématiquement représentée¹.

2.2. Les pathologies associées aux stresseurs psychosociaux en progression

En France, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont la première cause de reconnaissance de maladie professionnelle pour les 40-60 ans, en progression continue depuis plus de 10 ans : en 2007, 34 200 nouveaux cas de TMS ont été indemnisés, contre 18 264 cas déclarés en 2001. Ces troubles sont dus à des sollicitations biomécaniques au travail (autrement dit, à des mouvements répétitifs) mais aussi au manque de soutien social ou à l'insatisfaction dans le travail qui peuvent déclencher des maladies psychosomatiques. Leur coût représentait plus du tiers des indemnités du régime général au titre des maladies professionnelles en 2008. Les TMS sont un des principaux motifs d'absence pour raison de santé et d'invalidité².

Les relations entre certains facteurs professionnels de stress et le risque de maladies cardiovasculaires (MCV) ont été également étudiées. On a pu démontrer un risque accru de maladies coronariennes, d'accidents vasculaires cérébraux et même de décès par maladies cardiovasculaires chez des personnes exerçant une activité professionnelle stressante et sans grande marge de manœuvre (*job strain*).

Une étude, à partir d'une revue de littérature, a mis en évidence une estimation de risque relatif portant sur l'association entre le *job strain* et trois groupes de

1 - Une cohorte Coset (Cohorte pour la surveillance épidémiologique en milieu de travail) est actuellement mise en place par l'InVS et vise à être représentative de tous les actifs. Cette cohorte comporte trois volets : un premier volet concerne le régime général, les deux autres volets concernent respectivement le régime social des indépendants et la Mutualité sociale agricole. Les volontaires (un taux de 10 % est attendu parmi les affiliés contactés) seront vus dans le cadre d'une visite dans un centre d'examen de santé. Ils bénéficieront d'un bilan complet comprenant un examen médical généraliste et le remplissage d'auto-questionnaires et de questionnaires administrés (histoire professionnelle, conditions de travail et expositions professionnelles...). Il s'agit de corriger les biais rencontrés lors de la surveillance par la médecine du travail qui peut surreprésenter les déclarants en difficulté de santé (tout en s'exposant à un autre biais par le recours au volontariat).

2 - Les TMS touchent presque toutes les professions et des entreprises de toute taille, mais principalement les industries de l'agroalimentaire, de la métallurgie, du bâtiment et des travaux publics. On note également plus récemment l'apparition des TMS dans diverses activités de service. Tous les pays industrialisés sont concernés par le phénomène, dont les pays dans lesquels des fabrications ont été délocalisées. Source des données texte et tableaux : CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) ; exploitation : www.risquesprofessionnels.ameli.fr. La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie au travail observe que 23 % des salariés européens souffriraient de TMS.

pathologies¹. Elle fait apparaître qu'il multiplie entre 1,4 et 3,3 fois le risque de troubles de santé mentale (dépression, syndrome d'anxiété), entre 1,2 et 2,4 fois le risque de maladies cardiovasculaires et entre 1,4 et 2,3 fois les troubles musculo-squelettiques. À partir de ces données, il est possible de calculer les fractions attribuables au *job strain* : entre 8,4 % et 31,1 % des troubles de la santé mentale de la population salariée masculine et entre 9,9 % et 33,6 % de ceux de la population salariée féminine seraient imputables à la mauvaise qualité de leur travail objectivée par le *job strain* ; respectivement entre 4 % et 21,5 % et 6,1 % et 12,6 % des MCV, entre 4 % et 22 % de la mortalité par MCV pour les deux sexes ; entre 10 % et 26,8 % des TMS².

Des situations de stress chronique pourraient également, selon l'INRS, se traduire par de l'obésité abdominale, une résistance à l'insuline, de l'hypertension artérielle, une augmentation du taux de cholestérol, le développement de triglycérides. Enfin, les troubles du sommeil, indicateur de mauvaise santé mentale et bon prédicteur de la dépression, sont également reliés à une situation de stress.

En raison de leurs conséquences sur le fonctionnement de l'entreprise (absentéisme, *turnover*, baisse de productivité, dégradation du climat social, mauvaise ambiance de travail, démotivation, baisse de créativité), les problèmes de santé mentale engendrent un coût économique important pour l'entreprise comme pour la collectivité.

En France, le coût direct et indirect du stress peut être évalué entre 1,2 et 2 milliards d'euros par an, soit 3 à 3,5 millions de journées de travail perdues et 14,4 % à 24 % des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) de la Sécurité sociale³. Au niveau européen, selon une étude de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le coût de l'ensemble des problèmes de santé au travail est estimé entre 2,6 % et 3,8 % du PIB en fonction des États membres ; le stress serait à l'origine de 50 % à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues⁴. À une échelle élargie, ces chiffres sont rehaussés par le BIT qui estime que les pertes de qualité, l'absentéisme et le *turnover* résultant du stress représentent entre 3 % et 4 % du PIB des pays industrialisés.

1 - Sultan-Taïeb H., Lejeune C., Drummond A. et Niedhammer I., « Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain in France » (soumis).

2 - D'autres travaux estiment que les maladies cardiovasculaires chez 16 % des hommes et 22 % des femmes au sein de l'UE sont dues au stress lié au travail ; cf. rapport *Problèmes psychosociaux et stress au travail* de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002.

3 - Béjean S. et Sultan-Taïeb H., « Modelling the social cost of diseases imputable to stress at work », *European Journal of Health Economics*, 50 (1), 2005, p. 16-23.

4 - European Agency for Safety and Health at Work, *The Economic Effects of Occupational Safety and Health in the Member States of the European Union*, 1999.

2.3. L'apparition de « troubles de masse » au travail ?

Dans une optique plus prospective, on peut souligner l'émergence de syndromes psycho-sociogéniques. Le cas type est celui « des bâtiments malsains » (*Sick Building Syndrome*), sur lequel on trouve une littérature abondante, signe qu'il devient un souci de santé publique dans le monde développé, France comprise. En 2007 et 2009, l'Institut national de veille sanitaire a étudié plusieurs situations de ce type et entrepris de tirer des enseignements de l'expérience accumulée.

Le syndrome des bâtiments malsains (SBM) associe un ensemble de symptômes mal définis tels que fatigue, irritation des muqueuses (gorge sèche, nez sec, picotements oculaires), céphalées, divers symptômes oculaires (irritation, écoulement), gêne respiratoire, gorge serrée, prurit, nausée, difficulté à se concentrer, avec mémoire diminuée, nez bouché, poitrine oppressée, étourdissements, engourdissements, étourdissements, sensations d'éblouissement... Chacun des symptômes pris isolément est banal. Ils sont essentiellement de nature anxieuse, bénins et passagers.

On considère qu'un immeuble est « malade » lorsqu'un pourcentage non négligeable des occupants se plaint de ces manifestations. Si la climatisation favorise la survenue du SBM, il faut souligner qu'il est également rapporté dans les immeubles non climatisés, chez 20 % et 30 % des sujets. De nombreux autres facteurs ont été impliqués dans la physiopathologie du SBM, dont les conditions psychosociales du travail. Si on ne découvre pas de prédisposition individuelle particulière chez les victimes, on trouve systématiquement des corrélats sociaux (tensions syndicales, séquelles de conflits anciens). L'InVS a clairement arbitré dans le sens d'une interprétation psychosociale du phénomène¹. En milieu de travail, il n'est pas rare de retrouver des situations conflictuelles sous-jacentes, de mauvaises conditions de travail, des rapports hiérarchiques dégradés ou un management défectueux. Plus le groupe est isolé (administrations sans visiteurs, espaces industriels à accès restreint ou réservé, plate-forme téléphonique, internats, etc.), et plus l'emballement est fort.

Les syndromes psycho-sociogéniques s'observent plus fréquemment chez les femmes et les adolescents, en milieu scolaire ou sur le lieu de travail. En milieu scolaire, lorsque les troubles atteignent des élèves, le personnel n'est généralement pas affecté. En milieu professionnel, ils se répandent en descendant les positions hiérarchiques respectives. Il n'est pas rare d'observer une transmission de personne à personne à partir d'un individu « leader » ou ayant une influence forte sur le groupe. Dans la majorité des cas, un facteur anxiogène déclenchant est cité, le plus souvent environnemental,

1 - *Les syndromes psycho-sociogéniques et/ou des bâtiments malsains : un diagnostic difficile à faire partager*, InVS, 2007 ; *Investigation d'un syndrome des bâtiments malsains dans les laboratoires du rez-de-jardin de l'Institut de biologie du CHU de Nantes. 2006-2008*, InVS, 2009.

comme la présence ou la perception d'une odeur (gaz notamment) ou de fumée. Généralement, les personnes partagent une même conviction quant à la cause de leurs symptômes.

Devant ces phénomènes, on a généralement recours à deux initiatives conjointes : une recherche des possibles substances contaminantes ou toxiques dans les lieux « attaqués » ; le renvoi au domicile des « victimes » du syndrome. Une réponse disproportionnée des services d'urgence (pompiers, Samu) et d'investigation environnementale, et une couverture médiatique importante de l'événement peuvent produire un effet amplificateur sur l'épidémie. Elle s'accompagne souvent du sentiment qu'« il doit bien y avoir une cause objective et qu'on nous cache quelque chose ». Certains observateurs l'analysent comme le résultat d'un management par l'anxiété ou l'incertitude, qui installe un sentiment de persécution inhabituel chez des sujets sains¹.

Cette dimension collective, voire épidémique, des troubles de la santé mentale réactive les discussions classiques sur la part de l'« imitation » dans les expressions du mal-être². Elle est à approfondir dans la période actuelle, en regard des cas de suicide au travail apparus dans la période récente au Technocentre de Renault ou au sein du groupe Orange/France Télécom.

3. Suicide : la question des interprétations

À titre de préambule, il faut rappeler que les conduites suicidaires regroupent des entités hétérogènes. On entend classiquement par « comportement suicidaire », une variété de comportements qualifiés soit de tentative de suicide (définie comme un geste intentionnel dans le but de mourir), soit de suicide proprement dit³. Les tentatives de suicide sont au moins dix fois plus fréquentes que les suicides aboutis et sont des gestes souvent réitérés. L'idéation suicidaire (c'est-à-dire la pensée du suicide) est assez répandue (évoquée par un Français sur dix sur les douze derniers mois). Dans la majorité des cas, elle ne porte pas à conséquence, à la différence du projet suicidaire (l'idée reçue selon laquelle ceux qui évoqueraient le suicide ne passeraient pas à l'acte est tout à fait contraire à la réalité).

1 - Castel P.-H., « Les 'hystéries' américaines : une pathologie de masse de l'imaginaire individualiste ? », séminaire « Régulation, normes et savoirs dans les champs de la santé et de la santé mentale », Paris, Cesames, 4 novembre 2009. Ce syndrome se rapproche d'autres « troubles de masse » comme le syndrome de la guerre du Golfe ou le syndrome de fatigue chronique.

2 - Voir la discussion entre Gabriel Tarde (suicide par imitation) et Émile Durkheim (suicide par dérèglement du rapport aux normes collectives – par excès de conformité ou anomie).

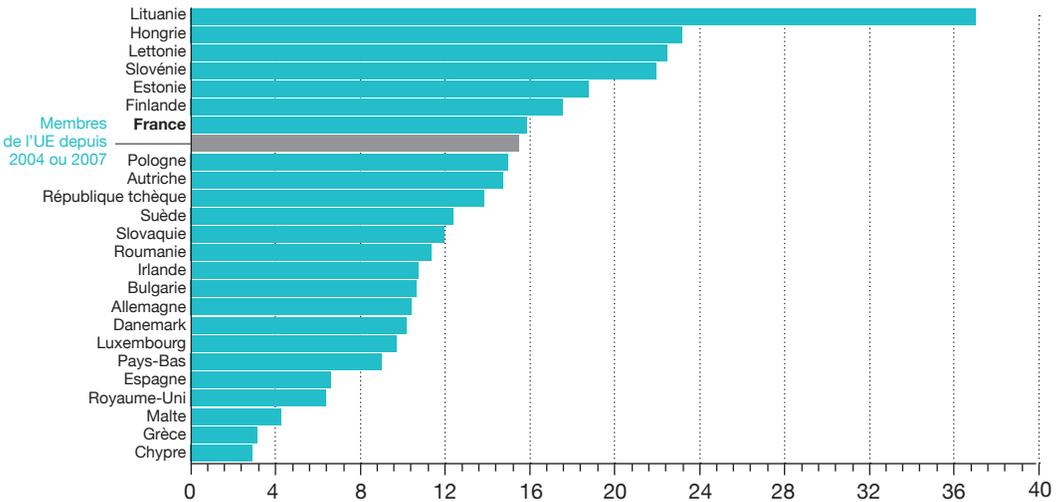
3 - Les comportements suicidaires peuvent également être classés en fonction de l'intentionnalité du sujet (désir de fuite, de vengeance, suicide altruiste, prise de risque, comportement ordalique, auto-sacrificiel), du moyen utilisé (violent ou non), du degré de létalité (nécessité ou non d'une hospitalisation en soins intensifs).

Le suicide atteint inégalement les hommes et les femmes et les âges de la vie : il présente son taux le plus élevé au quatrième âge, même s'il frappe davantage les esprits lorsque les victimes sont très jeunes (3.1.). Toutefois, la régression des décès par suicide après une nette augmentation de 1976 à 1986 porte à s'intéresser aux raisons d'une telle variabilité, parmi lesquelles l'impact de la socialisation générationnelle et de certains chocs transitionnels (3.2.).

Dans la période récente, la mobilisation sur les décès par suicide au travail ou en relation avec le travail à France Télécom a accéléré la mise sur l'agenda des risques psychosociaux, de longue date reportée dans le contexte français. Cette configuration singulière ne doit pas faire perdre de vue que le suicide occupe une place à part dans le champ des RPS : ce drame concernerait quelques centaines de salariés chaque année, à mettre en regard avec les millions d'actifs exposés à des contraintes et des stress ; les causes du suicide et les imputations demeurent complexes (3.3.).

3.1. Un niveau global de suicide dans la moyenne haute européenne

Graphique n° 8 : Prévalence du décès par suicide au sein de l'UE en 2005



Lecture : nombre de suicides pour 100 000 habitants.

Source : OMS Europe

Au-delà de la question contemporaine du suicide lié au travail, *quelle est la situation du suicide dans la société française ?* Ce fléau touche tous les pays, mais à des degrés très divers¹. Selon la base de données nationale sur les causes médicales de décès produite par l'INSERM-CépiDc², la mortalité par

1 - Les taux de suicide varient pour le sexe masculin de 0,5/100 000 à la Jamaïque à 75,6 en Lituanie et pour le sexe féminin de 0,2 à la Jamaïque à 16,8 au Sri Lanka, selon l'OMS.

2 - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès), www.cepidc.vesinet.inserm.fr.

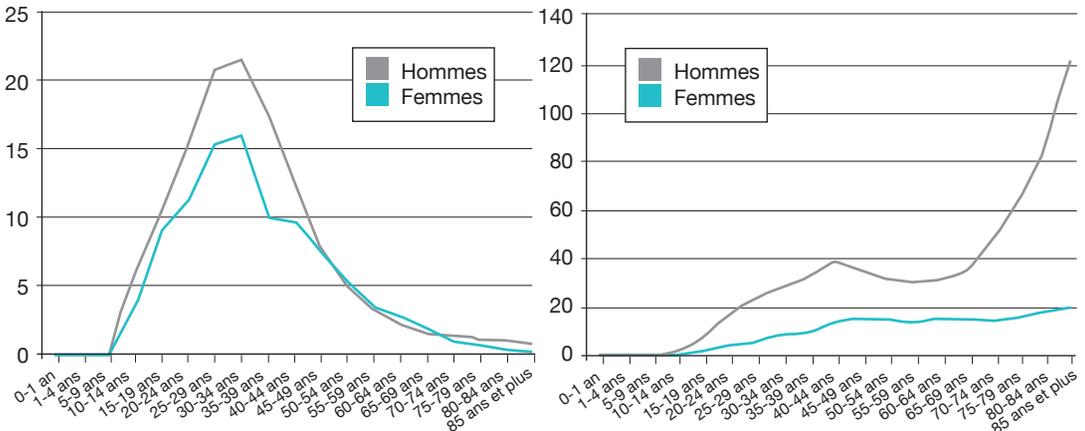
suicide en France en 2007 atteint 16,3 pour 100 000 habitants. Il représente environ 2 % des décès annuels et se situe dans une moyenne haute par rapport aux autres pays européens. On compte chaque année en France autour de 10 000 décès par suicide. La sous-estimation (lors de la certification du décès par le médecin et de la codification des bulletins de décès) est évaluée à environ 10 %.

Les comportements suicidaires ne sont pas homogènes dans la société française selon l'âge et le sexe. Si l'on considère l'effet de l'âge, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-44 ans après les accidents de la circulation et la première chez les 30-39 ans. À part les accidents de la route (qui relèvent de conduites à risque), les autres causes de mortalité sont très rares dans cette tranche d'âge. Bien que la part du suicide diminue ensuite sensiblement avec l'âge, le nombre de décès par suicide est quant à lui fortement accru ; les taux de suicides aboutis sont six fois plus élevés dans la population âgée de plus de 85 ans par comparaison aux 15-24 ans. Par rapport au taux moyen de suicide en France en 2007 (16,3 pour 100 000 habitants), chez les plus de 90 ans un taux maximal de 136,3 pour 100 000 est enregistré. Les taux de décès par suicide les plus élevés sont le fait des veuf(ve)s, puis des personnes divorcées, les célibataires et les personnes mariées présentant les taux les plus faibles.

Graphique n° 9 : Prévalence des suicides et taux de décès par suicide en France

Part des suicides dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge (France 1999, en pourcentage)

Taux de décès par suicide selon le sexe et l'âge (France 1999, taux pour 100 000 habitants)



Source : INSERM-CépiDc

Les chiffres du suicide présentent une répartition par sexe très différenciée qui n'est pas particulière à la France. Les hommes se suicident trois fois plus que les femmes et cette tendance augmente avec l'âge (25 pour 100 000 chez les hommes contre 8,6 pour 100 000 chez les femmes).

Encadré n° 9

Prévention du suicide, quelle efficacité ?

Les actions préconisées pour diminuer le suicide portent en premier lieu sur les moyens utilisés : couvrir les ponts et les points en hauteur, protéger certaines zones de transports en commun (comme les métros urbains), contrôler l'usage des armes à feu, etc.

Vient ensuite la formation des médecins généralistes pour les facteurs de risques connus (dépression, mésusage de l'alcool, etc.). Un des rares programmes pour lesquels une baisse du taux de suicide est attestée est celui de l'île de Gotland (Suède), basé sur la formation des généralistes à reconnaître et traiter la dépression en cause dans plus de la moitié des suicides, ainsi que sur leur capacité à gérer les problèmes liés à l'alcool et à bien évaluer les tendances suicidaires. Ce programme fait partie des recommandations de l'OMS dans la prévention du suicide.

La prévention de la dépression et de l'alcoolisme constitue une prévention indirecte du suicide¹. Du point de vue des organisations (école, travail), un élément essentiel est l'estime de soi et l'impression qu'ont les personnes d'être respectées. Le fait de se sentir « piégé » est aussi un facteur de risque de la dépression, donc du suicide. Il est crucial d'ouvrir des possibilités de reconversion crédibles.

Enfin, la révélation du suicide est-elle protectrice ou levier de contagion ? Ce point est controversé. Une meilleure évaluation des groupes de parole en vue de l'entraide des « survivants » est à mettre en œuvre. Les adolescents pourraient être incités à l'imitation plutôt que protégés par ce type d'accompagnement. Dans certains pays, des chartes de bonne conduite sont proposées aux médias sur la manière de couvrir ces événements. Cette démarche est encouragée par l'American Association of Suicidology et ses homologues suédois, néo-zélandais et autrichiens, qui recommandent notamment : de ne pas présenter l'acte comme inexplicable ; de s'enquérir sur l'existence d'une dépression, d'un autre trouble psychique durable, ou d'une dépendance à l'alcool ou à une drogue ; de ne pas parler d'épidémie dès que le taux de suicide paraît en augmentation.

A contrario, dans certains cadres collectifs, plusieurs auteurs soulignent la dimension d'alerte du suicide et la nécessité d'intervenir et de formaliser les problèmes sous-jacents : stress, dégradation du climat de travail... C'est alors le déni qui serait « suicidogène »². Enfin, concernant les personnes qui formulent des projets suicidaires, il est essentiel de les prendre au sérieux et d'engager une prise en charge.

1 - Il faut considérer les facteurs de « passage à l'acte ». Une alcoolisation problématique multiplie par trois le risque de présenter des idées suicidaires et par sept les tentatives de suicide ; de même pour la dépression sévère.

2 - Bègue F. et Dejours C., *Suicide et travail : que faire ?*, Paris, PUF, 2009. Selon les auteurs, un suicide sur le lieu de travail interviendrait lorsque le climat au travail est déjà très dégradé et le suicide accélérerait le climat délétère et générerait alors d'autres suicides. Dans cette perspective, un suicide au travail constitue un symptôme de dégradation du climat social et de risque de déclenchement d'autres suicides si aucune mesure n'est prise et aucune « explication » fournie par l'encadrement.

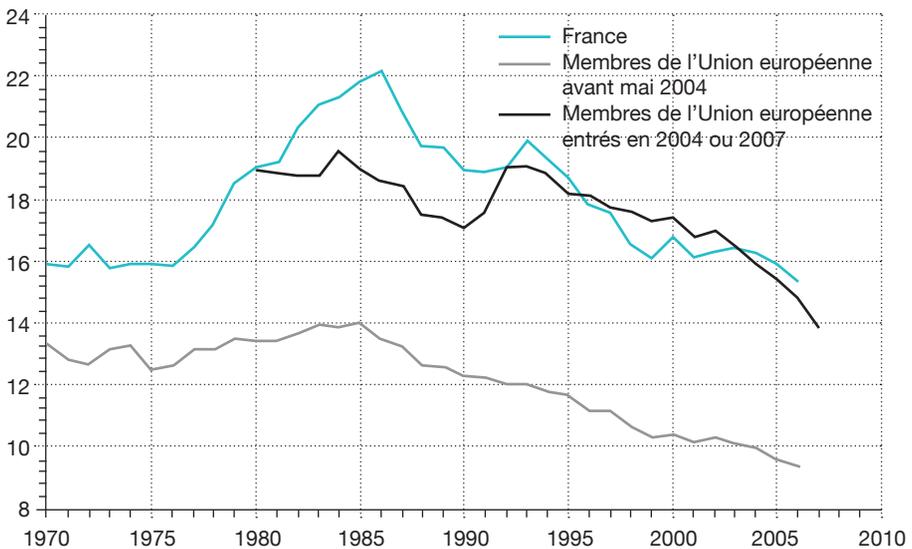
3.2. Mourir par suicide : une affaire de génération ?

En dépit de ces traits apparemment structurels, les trente dernières années ont été marquées par des fluctuations importantes de la mortalité par suicide. Une « bulle de suicide » s'est formée entre 1976 et 1986, avant de se résorber lentement et revenir à partir de 1998 à l'étiage des « Trente Glorieuses ».

Un premier type d'explication repose sur l'évolution des comportements sanitaires des individus : baisse de la consommation d'alcool, meilleure prise en charge de la dépression, amélioration des performances du système de soins (transport, réanimation), efforts produits en matière de prévention.

Toutefois, ces fluctuations peuvent inviter à rechercher, au-delà des aspects sanitaires ou de l'incidence de l'âge sur la propension au suicide, des effets de date ou de période (que l'on peut interpréter comme liés à la conjoncture économique ou sociale) et des comportements caractéristiques des générations¹.

Graphique n° 10 : La prévalence du suicide en France et en Europe



Source : OMS Europe

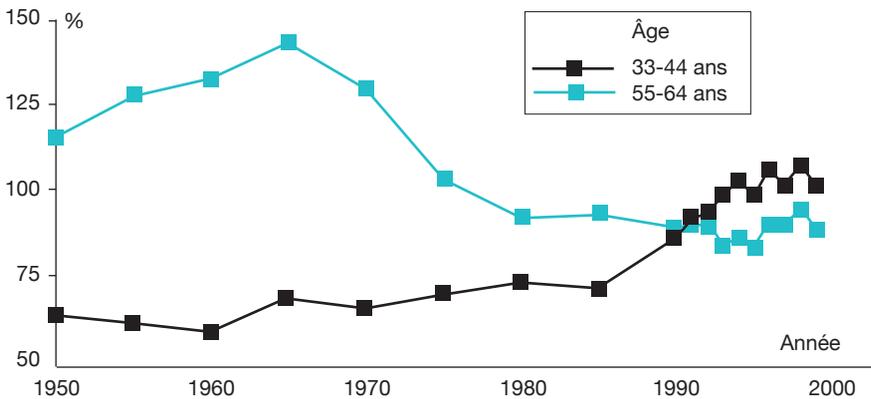
Première remarque, le « cycle du suicide » mis en évidence dans le modèle n'est pas totalement superposable aux cycles économiques des trente dernières années : la forte hausse de 1976 peut s'interpréter en lien avec la crise issue du premier choc pétrolier et la hausse du chômage qui s'en est

1 - C'est-à-dire les différences durables de comportements entre les différentes cohortes de naissance, dont les individus qui les composent ont vécu aux mêmes âges les mêmes événements temporels – guerre, crise économique –, ou ont incorporé des systèmes de valeurs caractéristiques, acquis pendant leur jeunesse et qui perdurent tout au long de leur vie.

suivie ; le pic de 1993 correspond à une année de récession économique importante ; un bouleversement des liens familiaux et de l'intégration dans la société a en outre résulté de la fin des Trente Glorieuses. Mais la baisse de 1985 est antérieure à la reprise économique et au tassement du chômage de la fin des années 1990. Elle correspond à une phase d'acquisition d'une plus grande tolérance en matière de mœurs (divorce, homosexualité). Pour certains observateurs, le taux de suicide, comme d'autres expressions du mal-être, serait moins le reflet de la conjoncture que la traduction du degré d'(in)adaptation face à de nouvelles réalités sociales¹.

Une autre observation plaide dans le sens d'une tension sur les rôles et les normes. Les générations de l'entre-deux-guerres présentent une propension plus faible au suicide que celles nées après 1945, en particulier pour les hommes. On constaterait une progression des taux relatifs de suicide chez les personnes d'âge actif dans les générations plus récentes.

Graphique n° 11 : Évolution du *taux relatif* de suicide masculin de deux classes d'âge entre 1950 et 2000



Lecture : depuis 1985, le taux relatif de suicide des 35-44 ans a progressé, à l'inverse de celui des 55-64 ans.

Source : Louis Chauvel et SICMD/INSERM

Louis Chauvel défend une lecture générationnelle du suicide. Les générations nées à partir de 1920 ont été peu sensibles aux importantes fluctuations du nombre des suicides, en particulier entre 1976 et 1996. Elles ont été les premières à bénéficier très largement de carrières salariales pleinement validées et de la montée en puissance de l'État-providence. En revanche,

1 - Les crises se donneraient comme des « chocs transitionnels », qui seraient des chocs psychologiques, plus ou moins abrupts. Quatre sources de tensions, non exclusives les unes des autres, sont identifiées : les tensions de rôle, la transgression des normes, les situations vécues comme des échecs (aux normes enviables), la concurrence des systèmes normatifs vécus simultanément. Les diverses tensions sur les normes seraient susceptibles de générer un sentiment d'insuffisance, parfois renforcé par le manque de contrôle de l'individu sur la situation. L'intensité des effets irait progressivement en décroissant au fur et à mesure de l'adaptation aux normes nouvelles et de l'éloignement des anciennes.

dans les années 1990, les nouvelles générations nées après 1955, entrées dans la catégorie des 35-44 ans, auraient été prises en tenaille entre une culture individualiste et hédoniste héritée de 1968 et des problèmes de carrière et d'insertion socioéconomique. Cette « dyssocialisation » aurait été favorable à une progression relative de leurs taux de suicide¹.

3.3. Suicide et travail, une imputation complexe

Le suicide est un phénomène qui préoccupe l'ensemble du corps social, mais sa causalité directe n'est pas aisée à établir. Les cas de suicide dans lesquels le travail est mis en cause ne sont pas un phénomène nouveau. Des cas sur les lieux de travail ont commencé à être rapportés par les médecins du travail vers la fin des années 1990. On peut ainsi rappeler quelques situations notoires : plus d'une dizaine de décès par suicide identifiés en quelques semaines dans la Police nationale au printemps 1996 ; cinq suicides et deux décès pour problèmes de santé sur le site industriel de Mermot, une usine de maintenance de matériel aéronautique, entre mai 1997 et mai 1998 ; trois suicides de salariés du technocentre de Renault à Guyancourt, chez eux ou sur leur lieu de travail, d'octobre 2006 à février 2007 ; vingt-cinq suicides de salariés de France Télécom entre janvier 2008 et l'automne 2009.

Cette énumération illustre bien une difficulté de l'analyse du lien « suicide-travail ». Il n'y a pas de registre national ni de données nationales permettant de suivre l'évolution du nombre des suicides sur le lieu du travail et *a fortiori* liés au travail. Seule une étude menée en 2003 en Basse-Normandie apporte un éclairage à l'échelon régional : les 55 médecins du travail, sur 190 ayant participé à l'enquête, ont signalé, de 1997 à 2001, 107 cas de suicides ou tentatives de suicide qu'ils estimaient liés au travail, dont 43 ayant entraîné un décès et 16 un handicap grave. Pour sa part, Christian Larose, vice-président du Conseil économique, social et environnemental, évalue à 400 le nombre de suicides liés au travail chaque année.

La question de l'attribution du rôle du travail doit être différenciée selon que le suicide est commis sur le lieu de travail ou que dans la lettre laissée par le suicidé le travail est mentionné. Ces critères ne prouvent pas que le travail est la seule cause des suicides en question (ce n'est presque jamais le cas). L'imputation exige théoriquement une reconstitution plus poussée des circonstances et motivations de l'acte (voir *infra* la méthode de l'autopsie psychologique). Toutefois, sans donner un statut de preuve à ces deux

1 - Cette situation pourrait de nouveau changer, avec le vieillissement des générations « sacrifiées », i.e. celles nées entre le milieu des années 1950 et la fin des années 1960, qui ont le plus souffert de l'extinction des Trente Glorieuses. Il faut enfin souligner que les données disponibles montrent une corrélation entre crises économiques et suicides plus forte chez les hommes que chez les femmes ; tout comme la « crise générationnelle » ne touche que les hommes et pas les femmes. La forme de la courbe des suicides féminins adopte un profil différent, très nettement plus plat et stable dans le temps. On peut faire l'hypothèse que les femmes transfèrent vers d'autres expressions de mal-être leurs tensions psychosociales.

comportements (le lieu de travail et/ou un message mettant explicitement en cause des éléments de la vie de l'entreprise), on peut leur conférer un statut d'alerte, appelant une exploration du climat de l'entreprise.

L'imputation du suicide au facteur « travail » est donc une question ouverte. Or, elle conditionne l'indemnisation des familles des victimes pour accident de service ou du travail, et l'issue des recours auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)¹. Quelle réponse lui apporter ? Deux méthodes d'expertise sont envisageables : la statistique et l'autopsie psychologique. Dans le cas de la France, leurs préalables respectifs n'apparaissent pas suffisamment acquis :

- le recours à la statistique permet théoriquement d'infirmer ou de confirmer, *toutes choses égales par ailleurs*, la sur-suicidité (dans une catégorie socioprofessionnelle, une branche, un établissement, etc.). Mais la rareté du phénomène et l'insuffisance des données ne permettent pas en France la mise en œuvre d'une démarche statistique concrète : risque de sous-déclaration des suicides, absence de données nationales, petitesse des échantillons par entreprise, choix de la population témoin retenue pour la comparaison... La contribution d'experts et, parmi eux, de statisticiens, peut s'avérer précieuse pour affiner les évaluations. Il faut se garder toutefois de toute interprétation hâtive *dans un sens ou un autre*². La statistique n'est sans doute pas encore en mesure de trancher ces débats ;
- le recours à l'autopsie psychologique de cas, pour une analyse des facteurs de risque fondée sur la reconstitution de l'environnement psychosocial d'un individu qui s'est donné la mort. Bien que pratiquée et reconnue dans une quinzaine de pays, l'autopsie psychologique est à peine émergente en France. Elle a de plus jusqu'ici été très peu appliquée à la sphère professionnelle. Elle exige des garanties élevées de professionnalité (rigueur et déontologie dans le recueil d'information auprès de l'entourage puis dans l'interprétation). Enfin, en tant qu'acte couvert par le secret médical, ses usages sociaux, à des fins de connaissance mais aussi de preuve dans la sphère judiciaire, requièrent un encadrement strict³.

1 - Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre (Hauts-de-Seine) a examiné en octobre 2009 une demande de « reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur » de la famille d'un salarié de Renault qui s'était suicidé en 2006.

2 - Voir Padiou R., « Sur une vague de suicides », *La Croix*, 20 octobre 2009. René Padiou est inspecteur général honoraire de l'INSEE et président de la commission de déontologie de la Société française de statistique. Il s'est prononcé contre l'hypothèse d'une « vague de suicides » au sein du personnel de France Télécom. Dans cette entreprise de 100 000 personnes, 25 suicides en 20 mois ont été recensés, dont la grande majorité concerne des fonctionnaires hommes, de plus de 50 ans et techniciens. Ces chiffres, au regard des données en population générale, ne feraient pas apparaître de sur-suicidité. Toutefois, plusieurs observateurs ont fait remarquer que pour comparer deux populations, encore faut-il qu'elles soient comparables sur leurs caractéristiques au regard du suicide. Il n'est pas évident que l'ensemble des suicides des salariés de France Télécom soient répertoriés, notamment ceux survenus dans la sphère privée. Enfin, en population générale sont comptées des populations fragiles (chômeurs, populations marginales, malades mentaux) qu'on ne rencontre pas ou peu en entreprise.

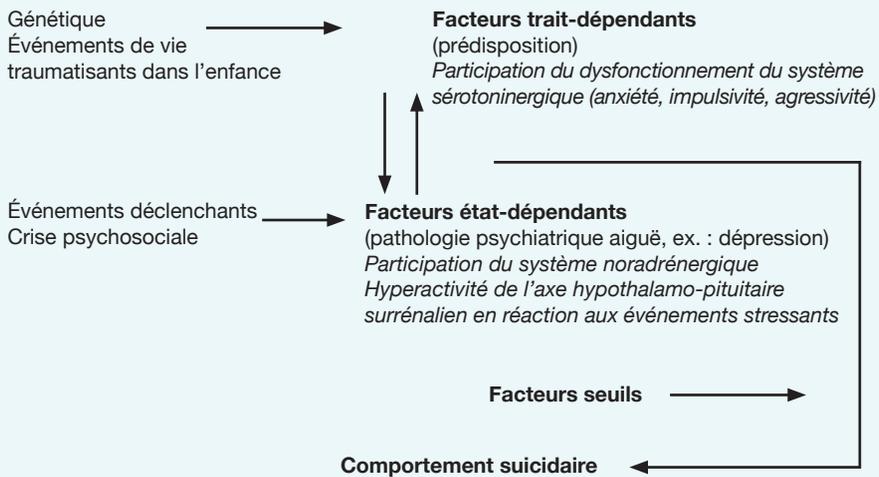
3 - Dans l'affaire déjà citée au TASS, l'employeur a utilisé pour sa défense les résultats d'une autopsie psychique réalisée dans le cadre de l'expertise menée par le cabinet Technologia.

Encadré n° 10 Les enseignements de l'autopsie psychologique

Pratiquée dans plusieurs pays tels que le Canada, la Grande-Bretagne ou encore la Finlande, l'autopsie psychologique demeure encore très confidentielle en France. La prédictibilité de l'acte suicidaire est très incertaine, et de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il est impossible d'établir un portrait précis du sujet suicidaire. Cependant, différents facteurs de risque ont été identifiés au fil du temps, notamment par le biais de la technique d'autopsie psychologique. Celle-ci est basée sur le recueil des données susceptibles de reconstituer l'environnement psychosocial d'un individu qui s'est donné la mort et ainsi d'expliquer les circonstances entourant son décès. L'essentiel de la méthode est fondé sur des entretiens avec les différentes personnes qui ont côtoyé le sujet qui s'est suicidé (ce qui peut affecter la fiabilité des données recueillies).

Les premiers utilisateurs de cette méthode l'ont appliquée à des fins médico-légales, lorsque les causes du décès étaient mal définies. Il y a lieu de différencier parmi les études utilisant la méthode de l'autopsie psychologique celles qui visent l'étude de cas particuliers (qualifier et imputer) de celles, plus larges, qui poursuivent un but de recherche, où l'autopsie est un outil qui va aider à comprendre et, secondairement, à prévenir.

Figure n° 4 : Modèle biopsychosocial du suicide



Modèle de Van Heeringen (2003) de l'interaction entre facteurs trait et facteurs état dans le comportement suicidaire et participation des facteurs neurobiologiques

Source : INSERM, 2005.

Comment le contenu de cette autopsie psychique relevant du secret médical a-t-il été divulgué ? Le médecin psychiatre aurait présenté oralement ces informations au CHSCT et à la direction de Renault en décembre 2007.

Quels sont les enseignements de l'autopsie psychologique ? Le modèle explicatif dominant est multicausal et biopsychosocial. Les études de cas-témoins comparant les suicides et des séries en population générale font apparaître une forte corrélation avec la dépression, les troubles bipolaires, la consommation excessive d'alcool et aussi de diverses substances psychoactives : 90 % des cas présentent des troubles mentaux contre 27 % des témoins.

Après 60 ans, la dépression caractérisée est un facteur prépondérant, mais les problèmes matériels tiennent une plus grande place que chez les plus jeunes. La perte d'un être cher de même qu'un faible support social peuvent engendrer des épisodes dépressifs majeurs susceptibles de conduire au suicide. Concernant les enfants et adolescents, les comportements antisociaux et les événements de vie néfastes sont très présents, dans la sphère familiale mais aussi scolaire (par exemple, être exposé au « *bullying* », c'est-à-dire à un harcèlement et à des brimades). L'expertise collective réalisée pour l'INSERM a souligné que le monde du travail n'est représenté que par de rares études, portant essentiellement sur les médecins ou les infirmières. La littérature de l'autopsie psychologique n'apporte pas à ce stade de contribution spécifique au débat sur les RPS.

D'après le rapport d'expertise collective, Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention, INSERM, 2005

Il paraîtrait logique de progresser dans la connaissance du phénomène par la mise en place de données nationales et en développant l'autopsie psychologique, d'abord dans un but de recherche. On ne saurait dénier au suicide une fonction d'alerte mais, au regard de sa rareté et de la complexité de ses causes, il n'apparaît pas l'indicateur à privilégier en matière d'évolution des risques psychosociaux. Il est à ce stade un indicateur trop discuté, si ce n'est controversé, dans sa conceptualisation et son interprétation, pour jouer un rôle de *monitoring*, c'est-à-dire de pilotage des politiques publiques et d'entreprise sur la longue durée.

Les Français ont-ils plus de « problèmes » de santé mentale que par le passé ? L'idée d'une évolution de la société vers des formes de plus en plus pathogènes, davantage anxiogènes, n'est pas nouvelle. Proviendrait-elle d'une idéalisation plus ou moins inconsciente du passé, de la dramatisation du présent afin de souligner la nocivité des changements en cours, d'une « illusion rétrospective » ? L'essentiel ne repose peut-être pas là : les Français ne sont pas plus ou moins atteints par des « problèmes » de santé mentale mais ils présentent une évolution des expressions du mal-être et une plasticité des troubles qui les affectent. Le suicide recule, la dépression est stable,

mais la détresse psychologique a considérablement augmenté. L'ensemble de ces phénomènes frappe des sujets plus jeunes qu'auparavant, qui sont aujourd'hui les plus vulnérables socioéconomiquement¹.

Recommandations

- L'exploration conceptuelle et statistique des formes de détresse psychologique doit être approfondie, distinctement des troubles mentaux pour lesquels on dispose de référentiels éprouvés.
- Le phénomène du suicide est également à mieux connaître, en général et pour des populations spécifiques (les plus jeunes, les actifs, les personnes âgées) et dans certains contextes (notamment dans les entreprises) : la question de ses déterminants et de sa prévalence détermine les moyens pertinents de sa prévention.

1 - Pan Ke Shon J.-L. et Duthé G., *Trente ans de solitude... et de dépression ? Intégration, régulation et tensions sur les normes*, 2009 (en cours de révision avant publication).



Les Français sont-ils malheureux ? La part du jugement et du ressenti

Comment objectiver les performances de la société française en matière de bien-être ? La définition normative du bien-être psychologique comme préalable nécessaire à l'élaboration d'un indicateur est une difficulté. Certains travaux, relevant de l'« économie du bonheur », privilégient l'analyse des données dites subjectives ou déclaratives. Dans ces mesures subjectives, il s'agit cependant de bien distinguer parmi les indicateurs ceux qui mobilisent le jugement et ceux qui mobilisent le ressenti et les attitudes dans l'existence¹.

Le constat commence à être connu : année après année, les données confirment le rang médiocre de la France en matière de satisfaction déclarée, loin derrière les pays d'Europe du Nord. Quand les Français sont sollicités sur des évaluations d'ordre général – globales (heureux de sa vie ou satisfait de l'état de la société) ou par domaines de l'existence (heureux ou satisfait de son travail, de son niveau de vie, etc.) –, le niveau de satisfaction ou de « bonheur » enregistré est dans la moyenne basse comparé à celui d'autres pays. Les Français manifestent également un rapport anxieux à l'égard de l'avenir de la société (1.). Leurs attentes et aspirations apparaissent particulièrement fortes en matière de réalisation dans le travail, de revenu ou d'une intervention correctrice de l'État à des fins de justice sociale (2.).

Peut-on affirmer sur ces fondements que les Français sont « malheureux » ? Interrogés sur leurs états émotionnels récents, une large majorité d'entre eux déclare avoir ressenti des affects positifs (énergie, sérénité, joie de vivre, etc.). Une majorité déclare également ressentir habituellement une confiance en soi (maîtrise de son existence, capacité à faire face aux difficultés de la vie). Cela n'empêche pas des disparités en matière de santé mentale : les femmes et les bas revenus déclarent moins d'états émotionnels ou d'attitudes « positives » ; les réponses des indépendants dénotent de l'anxiété (3.).

1 - Ce chapitre est très redevable aux discussions menées lors de la séance de travail n° 7, consacrée à « l'exception française en matière de santé mentale », particulièrement à la présentation de Claudia Senik extraite de « Peut-on dire que les Français sont malheureux ? », in Cohen D. (dir.), *Nouvelles questions d'économie contemporaine*, CEPREMAP, à paraître.

Ces analyses incitent à la prudence dans la manipulation de données qui peuvent être source de confusion en l'absence d'une bonne compréhension des concepts mobilisés. Mais aucune des données statistiques n'est en soi impertinente, à condition de préciser les ressorts de son interprétation (encadré n° 11 et annexes 2 à 6).

Encadré n° 11

Ne pas confondre jugements sur son existence et émotions ressenties¹

Les mesures subjectives du bien-être occupent une place prépondérante dans les débats portant sur la qualité de la vie, mais cette nouvelle popularité engendre des ambiguïtés et des méprises. La plus fréquente est de considérer que toutes les dimensions du bien-être subjectif peuvent être réduites à la simple notion de « bonheur » ou à la satisfaction déclarée. Diener (1984)² suggère que le bien-être subjectif soit compris comme un phénomène englobant trois aspects séparés :

- *la satisfaction dans la vie*, c'est-à-dire le jugement d'ensemble d'une personne sur sa vie à un moment donné ;
- *la présence de sentiments ou d'affects positifs*, c'est-à-dire de flux d'émotions positives (comme le bonheur et la joie ou la sensation de vitalité et d'énergie) ressentis sur un intervalle de temps ;
- *l'absence de sentiments ou d'affects négatifs*, c'est-à-dire d'émotions négatives (comme la colère, la tristesse ou la dépression) sur un intervalle de temps.

La satisfaction dans la vie, les affects positifs et les affects négatifs réfèrent à différentes conceptions de la qualité de la vie. La satisfaction dans la vie en général (et dans des domaines particuliers comme le travail, le logement et la vie de famille) implique un jugement évaluatif sur la manière dont on réussit sa vie. Inversement, les affects positifs ou négatifs impliquent de mesurer les expériences gratifiantes vécues par chacun en temps réel ou peu de temps après qu'elles ont eu lieu. Enfin, les mesures habituelles (par exemple « habituellement heureux » dans la vie) sont parfois difficiles à manipuler et à interpréter. Elles croisent des enjeux de désirabilité sociale (par exemple, 96 % des Français se déclarent habituellement très ou assez heureux dans la vie, quand moins de 1 % se déclare « tellement malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue »). À ce titre, elles renseignent sur la réalité vécue mais également sur la représentation que l'on souhaite avoir et donner de soi.

Si l'on considère les calculs de corrélation, les trois aspects du bien-être subjectif (satisfaction, affects positifs, affects négatifs) apparaissent relativement indépendants. Les personnes qui ressentent des sentiments désagréables peuvent être très satisfaites de leur vie si elles valorisent leur contribution à la société ou l'atteinte d'autres objectifs personnels. En outre, la présence d'affects positifs ne sous-entend pas l'absence d'affects négatifs.

La corrélation entre la satisfaction dans la vie et les affects positifs est seulement de l'ordre de 0,40. Même après correction de la variabilité au jour le jour des déclarations concernant la satisfaction dans la vie et les affects, le coefficient de

1 - Rapport de la commission Stiglitz, *op. cit.*, p. 162-163.

2 - Diener E., « Subjective well-being », *Psychological Bulletin*, 95, 1984, p. 542-575.

corrélation reste en dessous de 0,60 (Krueger et Schkade, 2008). La corrélation entre les différents indicateurs des affects négatifs, tels que la colère ou la tristesse, est également faible au niveau individuel¹.

Laquelle de ces dimensions du bien-être subjectif est la plus importante et selon quels critères ? La question reste ouverte, comme celle de savoir laquelle a le plus d'impact sur la santé. Plusieurs résultats laissent toutefois penser que la présence d'affects positifs est un déterminant de la santé plus significatif que l'absence d'affects négatifs (à l'exception de la dépression ; Janicki-Deverts et al., 2007 ; Cohen et al., 2006)².

1. Un niveau médiocre de satisfaction

Le développement des travaux fondés sur la satisfaction déclarée a stimulé la mise en place d'instruments de mesure depuis plus de trente ans³. Une méthodologie fréquemment utilisée est basée sur le recueil de données subjectives ou déclaratives. Les formulations les plus courantes sont du type « *de manière générale, en ce moment, à quel point êtes-vous satisfait de votre vie ?* » ou encore « *sur une échelle de 1 à 10, sur quel échelon vous situez-vous en matière de satisfaction ?* ». De telles questions sont formulées au sein d'enquêtes statistiques nationales et internationales et l'on dispose désormais de données comparées sur plusieurs décennies⁴.

1 - Toutefois, ces trois registres ne sont peut-être pas totalement séparés. Ainsi, parce qu'ils investissent la valeur « travail » plus que d'autres Européens, les Français sont sans doute moins à même de se protéger des tensions inhérentes à cette sphère.

2 - Janicki-Deverts D., Cohen S., Doyle W. J., Turner R. B. et Treanor J. J., « Infection-induced proinflammatory cytokines are associated with decreases in positive affect, but not increases in negative affect », *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 2007, p. 301-307. Cohen S., Alper C. M., Doyle W. J., Treanor J. J. et Turner R. B., « Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus », *Psychosomatic Medicine*, 68, 2006, p. 809-815.

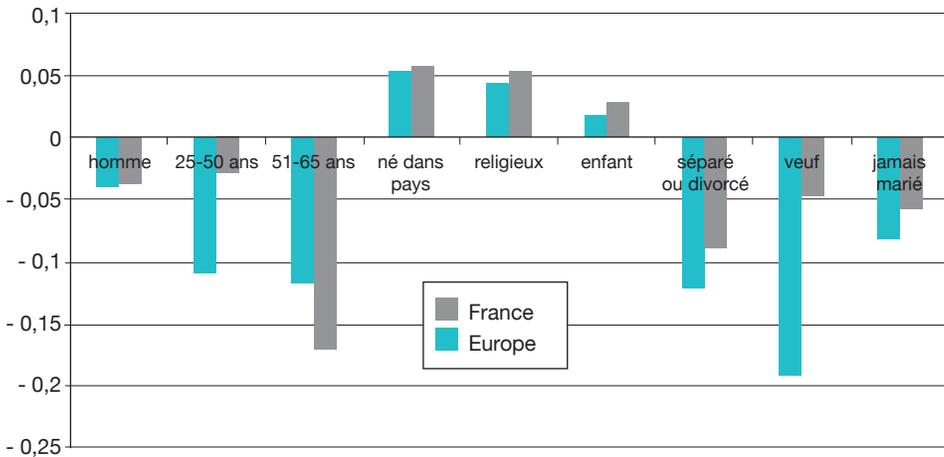
3 - L'analyse des données subjectives a fait une première percée dans les années 1970, avec les travaux de Richard Easterlin sur l'utilité « hédonique » de la croissance, où il montrait que, depuis l'après-guerre, le score moyen de satisfaction déclarée par la population était resté à peu près constant, malgré une période de croissance économique sans précédent.

4 - La mesure du bien-être subjectif selon la satisfaction déclarée offre plusieurs avantages : elle est homogène et capture les facteurs marchands et non marchands. Il existe beaucoup de tests de validité de ces données et les mêmes corrélats se retrouvent partout (l'âge, le revenu, le statut marital, la religion, etc.). Les réponses des enquêtés sont alors interprétées comme une « bonne » approximation du bien-être de l'individu, de son utilité, de son bonheur. Ces données, produites depuis l'après-guerre, sont l'objet d'un recueil plus systématique depuis les années 1990 : voir, dans le cas français, les Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV) de l'INSEE, et au niveau européen, l'*European Social Survey* (ESS), à l'initiative de la Fondation européenne des sciences. Cette dernière enquête, qui mesure les valeurs et les attitudes sociales des Européens, est reconduite tous les deux ans depuis 2002 dans 32 pays européens. Parmi les thèmes abordés figurent le bien-être subjectif et les différents aspects

1.1. Des déterminants de la satisfaction communs aux Européens

Les études menées en économie du bonheur, en sociologie, en psychologie ou encore en neurosciences cognitives, dégagent de grandes constantes en matière de déterminants de la satisfaction. Si l'on considère les déterminants sociodémographiques (graphique n° 12), la « structure de la satisfaction française » est proche de celle de nos voisins européens : les femmes sont plus heureuses que les hommes, hormis dans les pays en transition, les natifs du pays sont plus heureux que les migrants, les croyants que les non-croyants, ceux qui vivent en famille que les célibataires, les veufs et les divorcés.

Graphique n° 12 : Les déterminants sociodémographiques de la satisfaction en France et en Europe



Lecture : effets marginaux des variables sur la probabilité de se déclarer très heureux (c'est-à-dire au-dessus de 7 – la médiane – sur une échelle de 0 à 10). Modèle statistique Dprobit. Exemple : être un homme (plutôt qu'une femme) réduit la probabilité de se déclarer très heureux ; être né dans le pays accroît cette probabilité. Catégories résiduelles : femme, 18-25 ans, né à l'étranger, non religieux, n'ayant jamais eu d'enfant, marié ou en couple.

Source : Senik C., *Données de l'European Social Survey, vague 3, 2006, population âgée de 18 à 65 ans*

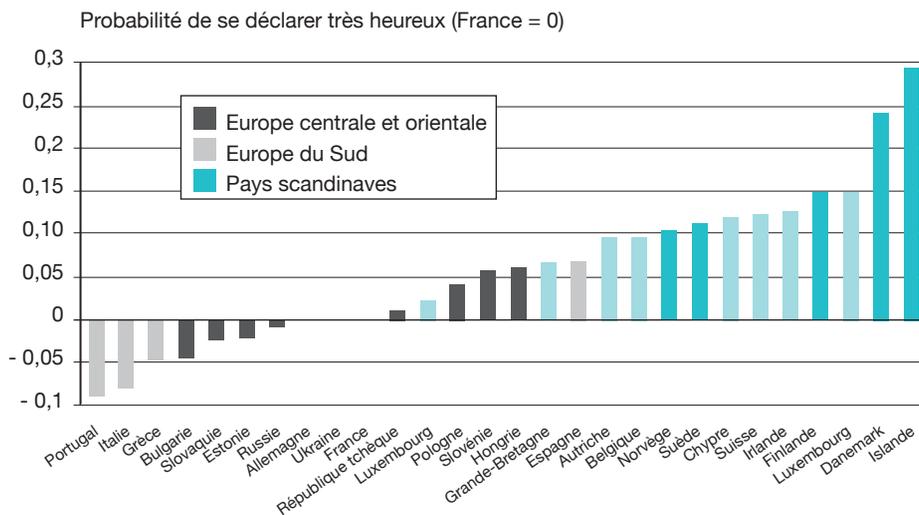
Sans surprise, le niveau de revenu et le statut dans l'emploi sont aussi déterminants. Un bon niveau de revenu favorise la satisfaction. En France, comme généralement en Europe, être au chômage plutôt qu'en activité diminue les chances d'être heureux, de même qu'être salarié plutôt qu'indépendant, en contrat à durée déterminée plutôt qu'en contrat à durée indéterminée. On soulignera toutefois deux constats contre-intuitifs : ni le niveau d'éducation (une fois le revenu pris en compte) ni le fait d'avoir des enfants ne sont statistiquement corrélés avec la satisfaction déclarée.

de la satisfaction individuelle. Le World Database of Happiness dirigé par Ruut Veenhoven, de l'université Erasmus de Rotterdam, met à disposition ces indicateurs de satisfaction dans la vie pour un large panel de pays depuis 1973 : <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>.

1.2. Les Français moins satisfaits que beaucoup de leurs voisins

Au regard de ces motifs de satisfaction communs, les résultats des différentes enquêtes confirment un mécontentement relatif des Français. Les données de l'*European Social Survey* (ESS) vont dans ce sens : les Français figurent parmi les populations médiocrement satisfaites dans de nombreuses dimensions de leur existence, notamment toutes celles qui touchent à leur revenu et à l'activité économique du pays (voir annexe 2).

Graphique n° 13 : Effet de résider dans tel pays plutôt qu'en France sur la probabilité de se déclarer très heureux



Lecture : modèle Dprobit, contrôles : âge, âge au carré, sexe, enfants, log du revenu du ménage, vagues de l'enquête, statut d'emploi et d'indépendant ou employé, années d'éducation, secteur (agriculture, services, industrie).

Source : Senik C., CEPREMAP (à paraître), données ESS, vagues 2002, 2004, 2006

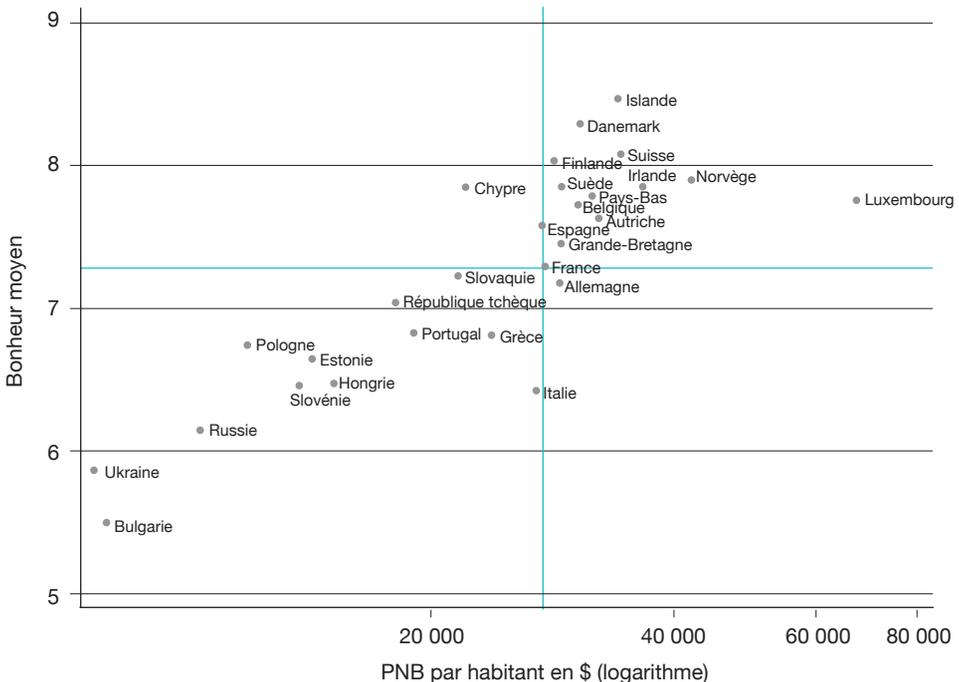
Cette relative insatisfaction des Français pourrait s'expliquer par la composition sociodémographique selon les pays. Mais il ne semble pas que ce soit le cas. Une analyse statistique « contrôlant » l'effet des variables sociodémographiques permet de révéler l'influence du fait de vivre dans tel ou tel pays plutôt qu'en France sur la probabilité de se déclarer très heureux (i.e. entre 8 et 10)¹. Si l'on s'intéresse à la question portant sur le bonheur déclaré², les scores les plus hauts sont atteints par l'Islande (8,6)

1 - Si, sur une échelle de 10, les Français se placent moins souvent que la moyenne des pays européens sur les deux échelons les plus élevés, ils délaissent également les échelons les plus bas (de 0 à 3) : la tendance française est plutôt de choisir des échelons médians.

2 - À la question « Globalement, à quel point diriez-vous que vous êtes heureux ? », les individus doivent répondre en se situant sur une échelle graduée allant de 0 à 10, où 0 correspond à « extrêmement malheureux » et 10 à « extrêmement heureux ». Peu de gens se déclarent « extrêmement malheureux », et la moyenne obtenue à cette question est de 7,2 sur les trois vagues, avec un écart-type de 1,9.

puis par le Danemark (8,3), pays qui arrive régulièrement en tête dans ce type d'enquêtes. Les moyennes les plus basses sont atteintes par les Bulgares (5,3) et les Ukrainiens (5,8). *Toutes choses égales par ailleurs*, le fait de vivre par exemple en Islande (avant la crise) plutôt qu'en France accroît d'environ 30 % la probabilité de se déclarer très heureux, au Danemark d'environ 25 %, etc. (graphique n° 13). Seuls huit pays de résidence seraient moins propices au bonheur que la France, parmi lesquels la Russie, la Bulgarie, le Portugal, l'Italie et la Grèce.

Graphique n° 14 : Revenu par habitant (échelle logarithmique) et bonheur moyen auto-déclaré par pays



Source : Heston, Summers et Aten (2009), Penn World Tables 2006

Le niveau de « bonheur » déclaré par les Français se situe en bas du classement si l'on considère l'ancienne Europe des Quinze et à un rang médian dans l'Europe des Vingt-sept. Quelle que soit la nature des déterminants, la France se retrouve toujours à une place équivalente, c'est-à-dire loin derrière les pays d'Europe du Nord, l'Irlande, la Suisse, au même niveau que l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Grèce et devant la majorité des pays de l'Europe de l'Est. Ce classement est aussi vérifié pour la satisfaction déclarée, qu'il s'agisse de satisfaction personnelle (liée au travail, au niveau de vie) ou associée à des aspects de la vie collective (le système éducatif, le système politique).

Le bonheur déclaré n'est pas qu'une affaire de revenu et fait intervenir d'autres déterminants plus complexes. La place de la France ne s'explique pas entièrement par son niveau de richesse. Elle n'est pas non plus justifiée par les autres dimensions du développement humain telles que le niveau d'éducation de la population, les inégalités de revenu, l'espérance de vie ou même l'espérance de vie en bonne santé (Jagger *et al.*, 2008), variables pour lesquelles elle obtient un bon score. Les classements en termes de bonheur et de satisfaction déclarés confirment l'idée selon laquelle les Français sont relativement moins satisfaits de leurs conditions d'existence personnelles et collectives que la moyenne des Européens¹.

1.3. Pessimisme « social » et optimisme « individuel » à l'égard de l'avenir

En France, l'insatisfaction sur la situation présente coexiste avec un pessimisme sur le devenir collectif. Sur ce plan, les Français sont en effet plus pessimistes que les autres Européens : selon l'enquête SIG/IPSOS réalisée à l'automne 2009, ils sont seulement 27 % à penser que « l'avenir de la société est prometteur ».

Tableau n° 2 : Optimisme des Français sur l'avenir de la société
(en pourcentage)

Je pense que l'avenir de la société est prometteur	
• Tout à fait d'accord	5
• D'accord	22
Sous-total D'accord	27
• Pas d'accord	41
• Pas du tout d'accord	19
Sous-total Pas d'accord	60
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	13
	100

Source : Enquête SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale »

Selon une autre source Eurobaromètre de 2006, plus des trois quarts des Français considéraient que la vie de leurs enfants serait plus difficile que la leur (78 % contre 64 % en moyenne européenne). Seuls 8 % d'entre eux estimaient que la vie de leurs enfants serait plus facile que la leur (contre 17 % en moyenne européenne). Les Français étaient parmi les plus pessimistes sur

1 - Ces résultats « mitigés » concordent avec ceux obtenus par Ruut Veenhoven qui a constitué une base de données, la *World Database of Happiness*, où il classe le « bonheur national brut » de 95 pays, grâce à une échelle de 1 à 10. Le Danemark arrive en tête avec un indice de satisfaction de ses habitants de 8,2, la Tanzanie fermant le ban avec une note de 3,2. Les États-Unis se situent en 17^e position (7,4) et la France en 39^e (6,5).

le sort des générations futures au sein de l'Union européenne, juste devant l'Allemagne.

Le niveau plus élevé d'optimisme personnel, même s'il reste modéré, marque un écart avec le pessimisme social. S'agissant de leur avenir personnel, les Français se montrent relativement confiants. Selon l'enquête IPSOS « Les Français et la santé mentale », ils sont 49 % à être « d'accord » et « tout à fait d'accord » et 26 % sans opinion tranchée lorsqu'on leur demande s'ils pensent « leur avenir prometteur ».

Tableau n° 3 : Optimisme des Français sur leur avenir personnel
(en pourcentage)

Je pense que mon avenir est prometteur	
• Tout à fait d'accord	9
• D'accord	40
Sous-total D'accord	49
• Pas d'accord	20
• Pas du tout d'accord	5
Sous-total Pas d'accord	25
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	26
	100

Source : Enquête SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale »

On observe logiquement que les jeunes sont plus nombreux à estimer avoir un avenir prometteur que les adultes (62 % des moins de 35 ans), mais c'est aussi plus le cas des hommes. Les hommes de moins de 35 ans sont les plus optimistes : 68 % d'entre eux pensent que leur avenir est prometteur (50 % en moyenne, 36 % des femmes de plus de 35 ans) ; seulement 7 % des hommes de moins de 35 ans pensent que leur avenir n'est pas prometteur (25 % en moyenne, 35 % des femmes de plus de 35 ans, 29 % des hommes de plus de 35 ans, 19 % des femmes de moins de 35 ans). Les jeunes femmes sont inversement les plus inquiètes : 65 % des moins de 35 ans s'inquiètent pour leur avenir (45 % en moyenne, 37 % des hommes de moins de 35 ans). L'idée que les femmes présentent une moindre confiance en elles-mêmes est confirmée par d'autres données (voir *infra*)¹.

1 - Ce manque de confiance peut avoir des effets contradictoires. On peut, par exemple, émettre l'hypothèse que ces résultats expliquent le surinvestissement scolaire et universitaire des jeunes filles, quand l'optimisme des jeunes hommes les conduirait à sous-investir l'école. Reste que cette confiance en soi semble favorable à un succès professionnel masculin. Si les femmes « dominent » scolairement, elles restent dominées professionnellement.

2. Les spécificités françaises en matière de satisfaction reflètent un système d'attentes

Certains observateurs soulignent que les questions de satisfaction de vie posées dans les diverses enquêtes – du type « dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre vie ? » – renvoient à un jugement global, moral et philosophique, qui fait intervenir des références aux valeurs, aux espoirs portés, aux compromis, aux regrets. Les résultats traduisent alors moins l'expérience vécue qu'une interprétation « élaborée », voire un rapport aux valeurs ou un système d'attentes.

2.1. Un investissement de la valeur intrinsèque du travail

Selon l'*European Social Survey* (ESS), le monde du travail et la question des rémunérations semblent particulièrement déterminants dans l'insatisfaction des Français. Interprétées en ce sens, les données sur la satisfaction confortent les hypothèses d'un rapport singulier des Français au travail et d'une action correctrice de l'État en matière d'inégalité des revenus.

Si les facteurs déterminant le bien-être sont relativement universels, la manière de les investir est très culturelle, présentant des aspects singuliers dans chaque pays. L'enquête *Valeurs* place les Français parmi les Européens qui accordent le plus d'importance au travail (pour 68 %, le travail est « très important »). Dans une étude datée de 2008¹, Dominique Méda et Lucie Davoine se sont intéressées à cette question. Elles soulignent que c'est précisément l'ampleur des attentes qui peut entraîner un sentiment de déception à l'égard de la réalité. Si nourrir de très forts espoirs en matière d'épanouissement dans le travail peut être un moteur pour s'investir dans la vie professionnelle, il peut également être source de désillusions face aux possibilités de réalisation offertes. Le travail démontre à quel point le mode d'investissement des facteurs déterminant la satisfaction peut revêtir des formes différentes selon les contextes socioculturels.

Méda et Davoine différencient les valeurs extrinsèques du travail des valeurs intrinsèques. Les premières conduisent à rechercher le travail pour la sécurité et le revenu qu'il peut apporter. Le rapport au travail est alors de type instrumental. Sur ce plan, et selon l'*International Social Survey Programme* (ISSP), la France est dans la moyenne des pays de l'OCDE. Les valeurs intrinsèques impliquent que le travail ne soit plus seulement un revenu, un moyen de s'insérer, mais un moyen de se réaliser, de développer ses capacités.

1 - Davoine L. et Méda D., « Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? », *Document de travail*, n° 96-1, Centre d'études de l'emploi, février 2008.

Dans notre société s'affirme plus que jamais la centralité du travail comme modalité d'intégration, de reconnaissance sociale, de définition des identités individuelles et collectives. D'après l'*European Values Survey*, plus de la moitié des Français est « tout à fait d'accord » avec l'idée que le travail est nécessaire pour développer pleinement ses capacités : c'est le score le plus élevé d'Europe. Ce résultat confirme l'idée que le travail occupe une place tout à fait singulière en France, pour l'épanouissement personnel, alors que les citoyens des pays anglo-saxons et scandinaves ne nourrissent pas de tels espoirs¹. Cependant, les Français seraient également ceux qui souhaitent le plus voir la place du travail dans leur temps de vie se réduire. Alors que près de la moitié des Britanniques, des Belges et des Suédois souhaiteraient que le travail prenne moins de place dans leur vie, cette proportion atteint 65 % en France². Ce résultat est la marque d'un empiètement du travail sur les autres sphères d'activité sociale.

2.2. Un enjeu de comparaison sociale

Par ailleurs, les Français sont très sensibles aux comparaisons de revenu. Cette sensibilité est corrélée avec un niveau significatif de demande d'une intervention de l'État destinée à réduire les inégalités de revenu (graphique n° 15). Les Français déclarent un seuil subjectif de richesse relativement élevé par rapport aux revenus moyen et médian : les enquêtes par sondage font apparaître qu'ils se représentent en moyenne le seuil de la richesse au-delà de 4 660 euros de revenus nets mensuels. Ce seuil n'est atteint que par 3 % de la population, ce qui exclut l'immense majorité des Français³. La comparaison sociale (dont les inégalités), l'effet d'habitude, l'augmentation des aspirations, les anticipations ou l'insécurité sont déterminants. Le revenu est une source absolue *et relative* de satisfaction ou de frustration⁴.

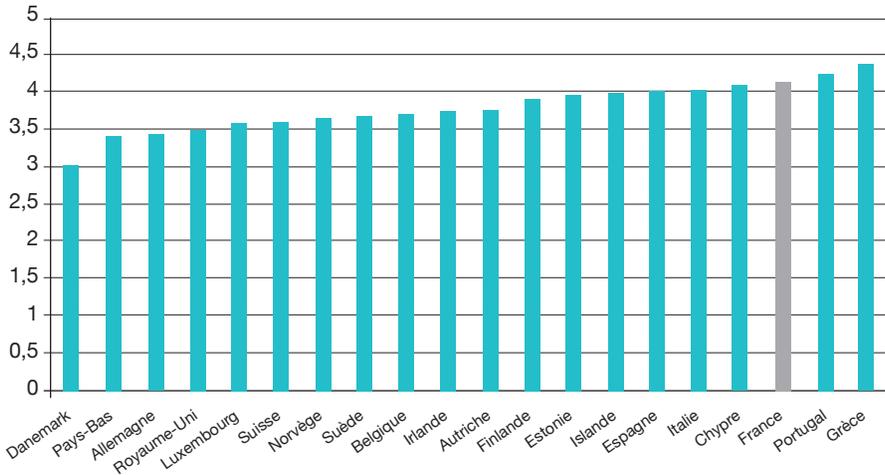
1 - Selon les données de l'ISSP, les Français se distinguent précisément par l'importance qu'ils accordent à l'intérêt intrinsèque de l'emploi : près de 65 % de la population déclare cet aspect « très important » en 1997, et de nouveau en 2005. Cette proportion est moins élevée dans la plupart des autres pays européens. De plus, 60 % des Français continueraient à travailler même s'ils n'avaient pas besoin d'argent (pourcentage équivalent à la moyenne européenne). De même, près de 25 % de la population française est d'accord avec l'idée que « les gens qui ne travaillent pas deviennent paresseux ». Ils sont moins de 10 % en Grande-Bretagne et en Suède, et cet écart persiste en tenant compte de la proportion de personnes « d'accord ».

2 - Ce rapport au travail des Français s'expliquerait à la fois par un ressenti de dégradation des conditions de travail, par un sentiment d'insécurité de l'emploi et par un désir de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale.

3 - Soit, converti en unité de consommation, un seuil de la richesse de 8 610 euros par mois après imposition pour un couple et deux enfants de moins de 14 ans. Le libellé exact de la question est : « Selon vous, à partir de quel revenu mensuel net peut-on considérer qu'une personne est riche ? » ; cf. *Être riche aux yeux des Français*, CSA, juin 2006.

4 - Comme a pu le démontrer Andrew Clark, le sentiment de satisfaction des individus par rapport à leur salaire ne serait pas lié à la rémunération elle-même mais à son niveau comparé au salaire des autres ; Clark A. E. et Oswald A. J., « Satisfaction and comparison income », *CEPREMAP Working Papers*, n° 9408, CEPREMAP, 1994. Le décalage plus général entre ce que les données montrent comme écart de revenu et ce que les gens pensent reflète en partie ce que Michael Förster et Marco Mira d'Ercole de l'OCDE baptisent astucieusement l'effet « Gala » (le magazine qui montre « la vie des riches »). La visibilité grandissante de l'aisance focalise l'attention.

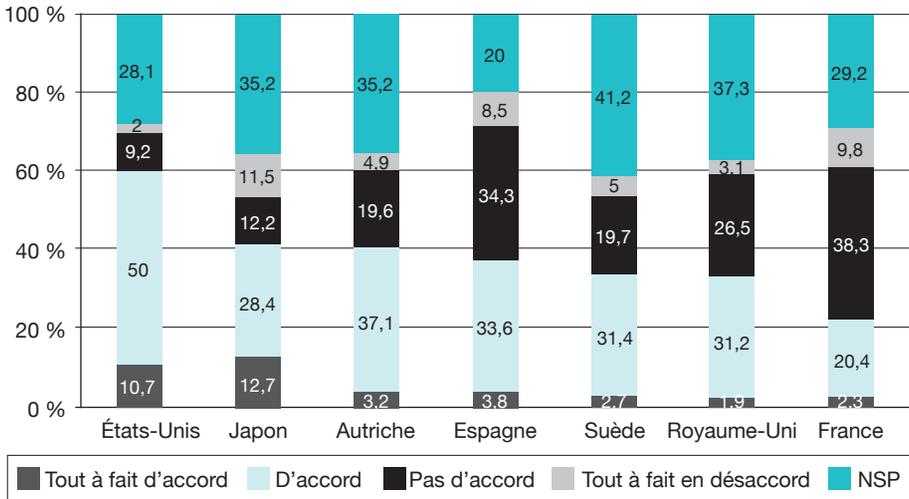
Graphique n° 15 : Une demande d'intervention de l'État afin de réduire les inégalités de revenu



Source : European Social Survey 2006, population âgée de 18 à 65 ans

Ces résultats sont à mettre en relation avec d'autres données comparatives qui indiquent que les Français jugent le lien entre les « efforts personnels » et leur « récompense sociale » relativement distendu.

Graphique n° 16 : Sur le long terme, les personnes sont récompensées de leurs efforts



Source : International Social Survey Programme, « Social Inequality III », 1999

L'idée que « sur le long terme, les personnes sont récompensées de leurs efforts » rencontre une faible adhésion : si plus de 60 % des Américains y souscrivent, dans une société caractérisée par un niveau élevé d'inégalités, seulement un quart des Français juge l'assertion crédible dans une société

pourtant plus égalitaire. Globalement, les Français ne croient pas que l'on soit récompensé à coup sûr de ses efforts, bien moins que les citoyens d'autres pays pourtant caractérisés par de plus fortes inégalités¹.

L'enjeu de l'équité ressort de la plupart des enquêtes internationales. D'après Ruut Veenhoven, les données sur la satisfaction suggèrent l'importance d'une bonne gouvernance et de la perception d'un traitement équitable par les institutions (on remarque que les inégalités homme-femme et la corruption sont des facteurs très défavorables si l'on considère les scores moyens de satisfaction des différents pays), loin devant les efforts de redistribution de l'État-providence, qui d'ailleurs peuvent avoir des incidences paradoxales sur la satisfaction déclarée².

2.3. Un problème de confiance ?

Le « modèle français » atteint peut-être ici un point de contradiction (comme cela a été largement souligné ces dernières années dans les travaux sur la confiance, le civisme ou le respect du principe d'équité dans la société française). Yann Algan et Pierre Cahuc ont interprété dans une perspective dynamique la position basse de la France en matière de confiance dans les enquêtes internationales³ : le déficit de confiance interpersonnelle susciterait une demande de régulation étatique qui tendrait paradoxalement à conforter la suspicion et les comparaisons sociales⁴. Le déficit de confiance des Français serait intimement lié au fonctionnement de leur modèle social. Y concourraient un familialisme et un recours marqué aux réseaux

1 - Pour certains analystes, les espoirs déçus des travailleurs français produiraient ponctuellement et paradoxalement des formes d'apathie, jusqu'à des stratégies de retrait et de désinvestissement dans le travail. François Dupuy, sociologue des organisations, évoque un phénomène de « sous-travail », qui serait caractérisé par le fait de travailler moins de la moitié du temps inscrit au contrat de travail en raison des nombreuses pauses, discussions ou des arrêts maladie à répétition. Ces stratégies aboutiraient notamment, en cas de concurrence accrue entre salariés (par le recours à une plus grande flexibilité et précarité des statuts d'emploi), à des situations de relégation, voire de « placardisation » des salariés bénéficiant d'une protection dans l'emploi (fonctionnaires, CDI) qui renforcent le « sous-travail » des uns et le « sur-travail » des autres.

2 - Veenhoven R., « Progrès dans la compréhension du bonheur », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 18, n° 2, 1997, p. 29-73.

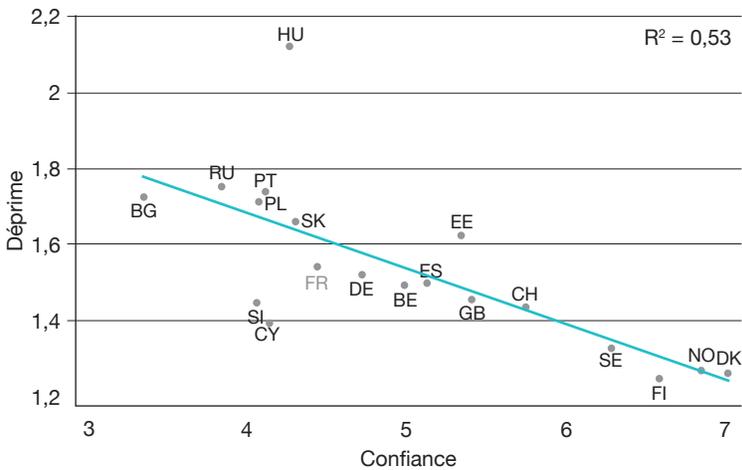
3 - En 1999, selon le *World Values Survey*, à la question « *En règle générale, pensez-vous qu'il est possible de faire confiance aux autres ou que l'on n'est jamais assez méfiant ?* », seuls 21 % des Français déclaraient qu'il était possible de faire confiance aux autres. Dans les pays du nord de l'Europe (Suède, Danemark, Pays-Bas), cette proportion dépassait les 60 %. Sur les vingt-six pays de l'OCDE recensés, la France se classait au 24^e rang, devançant seulement le Portugal et la Turquie. Cette méfiance touche aussi la plupart des institutions, qu'il s'agisse des syndicats, du Parlement ou de la Justice. Les Français sont ainsi près de 25 % à n'accorder aucune confiance aux syndicats (contre moins de 10 % dans les pays nordiques ou en Allemagne). Ils sont de même 22 % à n'accorder aucune confiance au Parlement (contre moins de 10 % dans les pays nordiques, aux Pays-Bas ou en Autriche). Concernant le système judiciaire, 20 % des Français déclarent n'avoir aucune confiance en lui (contre moins de 5 % dans les pays nordiques, et moins de 10 % en Allemagne, en Suisse ou aux Pays-Bas).

4 - Algan Y. et Cahuc P., *La Société de défiance : comment le modèle social s'autodétruit*, Éditions de la Rue d'Ulm, CEPREMAP, 2007.

de relations personnelles ; un dialogue social trop restreint et un déficit plus général des corps intermédiaires ; une intervention de l'État qui, en attachant des protections et des droits, favorise le sentiment que certains tirent davantage profit que d'autres des mécanismes de rétribution et de redistribution.

Selon Yves Algan, les enjeux de la confiance seraient très importants aussi bien en termes économiques (moindre prospérité due au déficit de coopération et d'ouverture sociale) qu'en termes de perte de « bien-être » (corrélation positive entre « confiance » et « bonheur », et négative entre « confiance » et « anxiété » et « confiance » et « déprime », d'après les données du *World Value Survey* de 2000 et de l'*European Social Survey* de 2006).

Graphique n° 17 : La corrélation « confiance » et « déprime »



Source : *European Social Survey 2006*. La déprime est évaluée à partir du questionnaire suivant : « Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) la semaine dernière ? (1) Jamais, (2) Quelquefois, (3) La plupart du temps, (4) Constamment »

Plusieurs perspectives sont ainsi associées à cette problématique de la confiance. L'hypothèse souvent formulée est celle d'un déficit de « capital social » au sens où Robert Putnam désigne « les caractéristiques de l'organisation sociale, comme les réseaux, les normes et la confiance sociale, qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel ». Une prédominance des valeurs « familialistes » est parfois évoquée : le principe de solidarité et de confiance tendrait à se limiter au cercle restreint de la famille ou de l'entourage proche. D'autres interprétations soulignent la part de la connivence et des réseaux sociaux (capital social au sens de Pierre Bourdieu) dans l'acquisition d'une position sociale et l'accès au bien (emploi, logement, etc.). L'absence de confiance n'est pas forcément la défiance mais peut-être plutôt la faiblesse du lien social. Olivier Galland analyse ainsi les chiffres de la confiance des Français envers les autres en termes de manque de « care » : les Français ne craignent pas tant d'être maltraités ou « abusés »

par autrui mais ils considèrent que l'égoïsme régit en grande part les relations entre les individus.

Sur l'ensemble de ces points, la discussion reste ouverte, la mise à disposition de données statistiques n'empêchant pas la variété des interprétations.

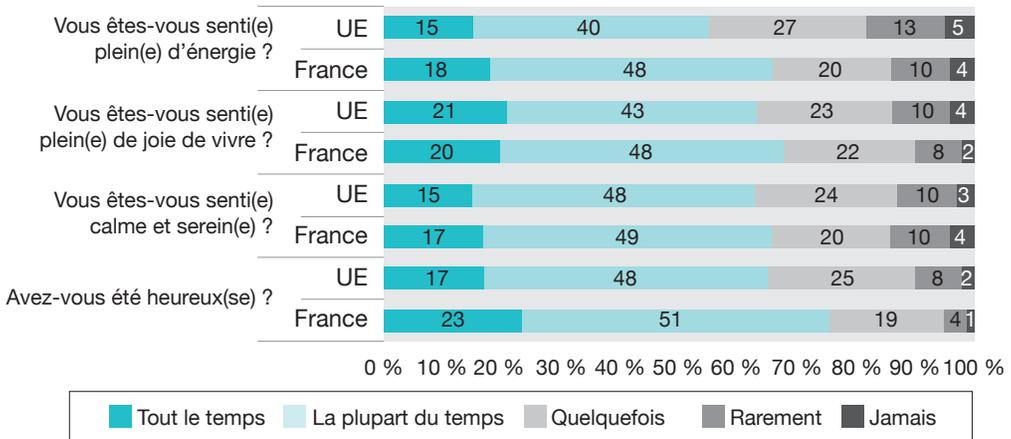
3. Des émotions et des attitudes plutôt « positives »

Les jugements portés sur le caractère satisfaisant ou non de l'existence et sur la société d'appartenance sont à distinguer de l'expérience de sentiments positifs ou négatifs, qui peuvent être objectivés à partir d'un questionnaire sur les états émotionnels récents.

3.1. Une majorité de Français déclarent avoir été récemment plutôt heureux

Graphique n° 18 : L'occurrence de certains états psychologiques positifs

À quelle fréquence au cours de ces quatre dernières semaines...



Source : Eurobaromètre 2005

L'occurrence du « bonheur » et d'états psychologiques positifs est assez élevée si l'on interroge les personnes sur leur vécu récent (généralement, les quatre dernières semaines). À titre d'illustration, l'Eurobaromètre santé de 2005 montrait qu'au cours du mois précédant l'interview, les Français avaient éprouvé des sentiments positifs et équilibrés, dans la moyenne européenne (graphique n° 18) : 74 % avaient été heureux (65 % des Européens), 68 %

s'étaient sentis tout le temps ou la plupart du temps pleins de joie de vivre (65 % des Européens), 66 % pleins d'énergie (contre 55 %), 66 % calmes et sereins (contre 63 %)¹.

Ces résultats sont confirmés par le sondage SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale » qui fait apparaître que presque 78 % des déclarants ont été très souvent ou souvent heureux sur la période de référence (septembre/octobre 2009)². Cependant, même si l'argent ne fait pas vraiment le bonheur, les personnes dont le revenu mensuel est supérieur à 2 000 euros sont plus nombreuses à avoir été souvent heureuses (83 %) que celles au revenu plus modeste (70 %). 66 % des Français déclarent s'être sentis par ailleurs souvent calmes et détendus le mois passé (70 % des hommes et 62 % des femmes), un état d'esprit également plus fréquent chez les personnes aisées (70 %) que chez les plus modestes (56 %).

Environ un tiers des Français déclare peu ou pas d'émotions positives, et ce résultat est concordant avec l'ordre de grandeur précédemment énoncé en matière de détresse psychologique.

3.2. Une majorité de Français se sentent entourés et en maîtrise de leur destin

Une autre composante de la santé mentale positive renvoie aux attitudes générales à l'égard de l'existence, dont le sentiment de maîtrise de sa destinée (*mastery*) et de capacité à faire face aux problèmes (*coping*). D'après l'étude SIG/IPSOS, les Français présentent en moyenne des attitudes assez positives, bien qu'un écart soit constaté concernant les plus modestes et les femmes.

Une majorité de Français se ressent en capacité de faire face aux événements de la vie : 64 % d'entre eux sont en désaccord avec la phrase « *Je ne peux vraiment rien faire pour résoudre certains de mes problèmes* » (contre 27 %), et la même proportion avec l'affirmation « *J'ai peu de contrôle sur ce qui m'arrive* » (contre 24 %). Les hommes, les jeunes et les personnes disposant d'un certain capital financier ou social se sentent les mieux pourvus pour faire face aux difficultés.

1 - Trois pays nordiques sont également au sommet du tableau lorsqu'on examine le sentiment de détente : 70 % des Finlandais, 66 % des Danois et 65 % des Suédois affirment ne s'être que rarement sentis tendus. L'examen des résultats pays par pays révèle des disparités significatives sur les dimensions positives liées à la santé mentale, la proportion des personnes qui se sont senties tout le temps ou la plupart du temps heureuses varie entre 83 % aux Pays-Bas et 42 % en Lettonie et en Bulgarie. Comme à l'accoutumée, les habitants des pays scandinaves présentent les résultats les plus favorables en matière de santé mentale. Mais les Français se placent dans le groupe de tête en termes de ressentis positifs.

2 - Les résultats du sondage montrent que 96 % des Français se décrivent habituellement comme « heureux et intéressés par la vie » : 43 % se disent « tout à fait heureux et intéressés par la vie » (dont 53 % des moins de 35 ans) et 53 % « plutôt heureux et intéressés par la vie ». Seuls 2 % se sentent « plutôt malheureux », 1 % « malheureux et trouvant peu d'intérêt à la vie » (ils sont encore moins nombreux à se juger « tellement malheureux que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue »).

Inversement, on retrouve assez classiquement une proportion d'un tiers des Français (36 %) qui déclare se sentir « *souvent impuissant face aux problèmes de la vie* », une opinion plus fréquente chez les femmes (40 %), les personnes âgées de plus de 60 ans (47 %) et les plus modestes (54 %). 36,6 % des déclarants s'accordent aussi sur le fait de « *parfois avoir l'impression d'être le jouet des événements* » (48 % des personnes dont le revenu est inférieur à 1 200 euros).

Les Français sont partagés sur la question de savoir s'il peuvent « *réaliser à peu près tout ce qu'ils décident de faire* » : 45 % le pensent contre 47 %. On observe sur ce sujet un clivage lié à l'âge puisque les moins de 35 ans sont 57 % à considérer qu'ils peuvent faire tout ce qu'ils décident de faire contre 39 % des plus de 35 ans. Parmi les jeunes, les hommes se montrent plus volontaristes (64 %) que les femmes (51 %).

Par ailleurs, les Français ont le sentiment d'être bien entourés. Ainsi 91 % disent qu'en cas de difficultés, ils peuvent compter sur leur entourage (c'est même le cas de 96 % des jeunes de moins de 35 ans mais « seulement » de 83 % des plus de 70 ans). La sollicitation de l'entourage apparaît plus forte chez les femmes et les moins de 35 ans. Si 73 % des Français préviennent tout de suite leur entourage quand ils ont une bonne nouvelle, c'est le cas de 79 % des femmes (et même de 87 % des femmes jeunes) et de 67 % des hommes. 67 % des Français disent partager en général leurs problèmes avec leur entourage (84 % des femmes de moins de 35 ans contre 64 % des hommes du même âge).

Cet appui sur l'entourage n'empêche pas un sentiment de responsabilité individuelle très poussé, déclaré à tous les âges et par les deux sexes : 83,5 % des Français déclarent préférer chercher eux-mêmes la solution à leurs problèmes et 80,1 % que leur avenir dépend surtout d'eux-mêmes.

3.3. Les Français ne sont pas tous égaux dans leurs états émotionnels

L'enquête SIG/IPSOS met au jour des déterminants sociodémographiques et socioéconomiques des affects positifs ou négatifs ressentis.

Premier constat, si les deux sexes font score égal sur le fait de s'être senti(e) « heureux(se) » durant les quatre dernières semaines, mieux vaut en général être un homme qu'une femme du point de vue des émotions : 31,4 % des femmes déclarent s'être « *senti(e) très souvent ou souvent particulièrement nerveux(se)* » sur la période de référence, contre 20,5 % des hommes ; 8,1 % des femmes « *si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral* », contre 4,3 % des hommes ; 11,2 % des femmes « *triste et abattu(e)* » contre 7,8 % des hommes ; inversement 62 % des femmes déclarent s'être « *senti(e) très souvent ou souvent calme et détendu(e)* » contre 70,3 % des hommes (les sentiers psychosociaux respectifs des hommes et des femmes sont détaillés dans le chapitre 5).

Deuxième constat, l'appartenance au secteur public ou privé, dont beaucoup font l'hypothèse qu'il serait un facteur discriminant en matière de qualité de la vie, ne fait pas apparaître de différence significative. L'image du « cadre stressé » n'est pas confirmée : sur l'ensemble des dimensions, les cadres supérieurs enregistrent des scores plus favorables que la moyenne. En matière de statut socioprofessionnel, c'est le fait d'être à son compte (agriculteur, artisan, commerçant ou chef d'entreprise) qui a l'impact le plus défavorable sur les émotions ressenties : les indépendants se sont sentis plus souvent découragés que les salariés (5 % contre 2,3 %), tristes et abattus (13,9 % contre 7,3 %), et moins souvent calmes et détendus (43,5 % contre 65,8 %). Ces états ne sont peut-être pas indifférents au contexte de crise économique : 44,6 % des indépendants déclarent que leur « *moral s'est détérioré depuis le début de la crise* », contre 29,3 % des salariés.

Par ailleurs, les niveaux d'éducation et de revenu, fortement corrélés, pèsent significativement. Les sans diplômes, plus encore les personnes appartenant à des foyers à bas revenus (moins de 1 200 euros nets mensuels) se distinguent négativement dans leurs réponses : si en moyenne 6,3 % des Français se sont dits très souvent ou souvent découragés, c'est le cas de 10,4 % des sans diplômes et 17,8 % des bas revenus ; si 9,6 % des Français se sont dits tristes et abattus, c'est le cas de 16 % des sans diplômes et 20,1 % des bas revenus ; 26,2 % ont déclaré avoir été particulièrement nerveux contre respectivement 35,2 % et 31 % ; 66 % calmes et détendus contre respectivement 51 % et 55,6 % ; 77,8 % heureux contre respectivement 69,3 % et 70,1 %. Le niveau de stress ressenti est à souligner (les études l'associent à la pauvreté ou à la défaveur relative).

Si l'on considère l'âge, les plus jeunes, les actifs et les jeunes retraités se sentent, dans la moyenne, plutôt bien. C'est après 70 ans que le niveau de bonheur ressenti marque le pas : si les personnes de 70 ans et plus ne sont pas spécialement découragées et encore moins stressées, elles sont plus enclines à déclarer de la tristesse (14,6 % en ont ressenti très souvent ou souvent, 35 % quelquefois) et moins à déclarer s'être senties heureuses (67,8 %).

L'enquête IPSOS ne permet malheureusement pas d'investiguer la part de la situation familiale dans l'expression du bien-être. D'autres enquêtes sont toutefois disponibles dont l'exploitation permet de souligner l'importance de la part des liens familiaux dans le bien-être et la protection à l'égard des affects de mal-être. C'est la présence d'un conjoint, plus que d'enfants ou de ses parents, qui compterait le plus dans la vie adulte (voir annexe 5).



Satisfaction et bien-être psychologique ne se confondent pas. La majorité des enquêtes qui évaluent la satisfaction déclarée concluent à une certaine insatisfaction des Français. Cependant, ce trait est plus le révélateur d'un système d'attentes, du fait de la relativité de la satisfaction aux aspirations, que d'une expérience quotidienne. En creux, les enquêtes renseignent également sur les niveaux de craintes et d'appréhensions relatives à la qualité de la vie collective. À ce titre, les formes d'insatisfaction ou d'« anxiété sociale » s'imposent comme une réalité de la société française¹.

Sur l'autre versant, celui de la mesure du bien-être psychologique par les états émotionnels, le phénomène à retenir est la présence de fortes inégalités. Si le constat à partir des scores émotionnels est globalement rassurant concernant les Français, qui vont manifestement plutôt bien, la situation de certains segments de la société est à considérer avec plus d'attention : sans diplômes, foyers à bas revenus, plus de 70 ans, mais aussi de manière peut-être plus surprenante, les femmes et les indépendants, qui, sur l'ensemble des items (nervosité, sérénité, tristesse, découragement, bonheur), déclarent des états émotionnels moins positifs que les autres publics.

Recommandation

- Dans l'information du public, mieux distinguer les mesures de la satisfaction, qui relèvent d'un jugement sur les conditions d'existence, et les indicateurs qui réfèrent aux émotions ressenties, positives ou négatives.

1 - La peur du déclassement, désormais très débattue, en est une autre illustration. Elle cristallise à la fois l'angoisse de la dégradation sociale, pour soi ou pour ses enfants, et celle du déclin socioéconomique du pays, associé à la concurrence des pays émergents. Pour un éclairage sur cette « énergie négative » qui travaille la société française, voir le rapport du Centre d'analyse stratégique, *La Mesure du déclassement*, op. cit., et Maurin É., *La Peur du déclassement. Une sociologie des récessions*, Paris, Seuil, coll. La République des Idées, 2009.



La divergence des sentiers psychosociaux

Nous ne sommes pas tous égaux en santé mentale : les situations sociales se combinent avec des expressions de mal-être ou de bien-être mental pour former des sentiers « psychosociaux ».

Ainsi, la persistance de certains publics dans des sentiers psychosociaux divergents se concrétise par des disparités de santé et de bien-être. Cela est manifeste dans la comparaison entre les hommes et les femmes, qui présentent des profils différents de vulnérabilité (1.) ; mais également pour les groupes qui cumulent les handicaps sociaux, dont la pauvreté ou la rupture des liens familiaux (2.). Dans les cas les plus critiques, ces pentes psychosociales s'avèrent de véritables « trappes » à exclusion. Face à de telles situations, une action spécifique et coordonnée doit être menée. Il faut faire plus et mieux pour permettre aux plus contraints de se sortir d'un contexte initial qui offre peu de possibilités de rétablissement progressif ou spontané (3.).

1. Santé mentale et réinvention des rôles féminins et masculins

Face aux défis posés par les nouvelles réalités sociales que dessinent l'évolution des structures familiales, les nouveaux rôles masculins et féminins et la difficulté de concilier vie professionnelle et vie familiale, de nouveaux risques psychosociaux se présentent. Ils sont notamment le fait de rigidités dans les fonctionnements et des opportunités sociales offertes en fonction du genre : les femmes sont plus fortement exposées à la détresse psychologique et à des troubles internalisés, les hommes à des formes de déviance et à des troubles externalisés (1.1.). Pris dans une conformité à des rôles, les unes et les autres sont entraînés vers des sentiers psychosociaux divergents (1.2.) et « enferrés » dans un système perdant-perdant qu'il s'agit de faire évoluer, à court et moyen termes (1.3.). Comprendre et maîtriser ces risques représente une opportunité en matière de promotion et de prévention de la santé mentale de tous.

1.1. Existe-t-il une différenciation genrée de la santé mentale ?

Il est d'usage de dire que les hommes et les femmes présentent des « profils » de santé mentale différents : à l'image de la femme anxieuse et dépressive s'oppose celle d'un homme capable de comportements violents envers les autres et envers lui-même. Cette divergence se retrouve-t-elle dans les statistiques ?

Comme évoqué dans le chapitre 3, le stress, la détresse psychologique, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont plus le fait des femmes ; les addictions, la violence (encadré n° 12) et les suicides étant davantage des comportements masculins.

Encadré n° 12 **Genre, violence et santé mentale**

Les hommes sont plus généralement exposés à une violence qui se manifeste dans l'espace public et qui s'exprime entre hommes, les jeunes hommes de 18 et 24 ans étant les plus violents. Plus de 95 % de la population carcérale est ainsi composée d'hommes, qui paient souvent leur incarcération au prix de leur santé mentale, la prison étant la forme la plus radicale d'exclusion sociale.

Au contraire, la famille constitue le lieu où s'observent les violences les plus fréquentes envers les femmes. Si tous les groupes sociaux sont exposés, les inégalités socioéconomiques sont cependant des facteurs aggravants, notamment le chômage. Le noyau familial est le lieu où s'apprennent et se reproduisent les rapports sociaux de genre et la domination masculine. Quand celle-ci ne peut s'exprimer dans la vie sociale, elle cherche d'autant plus à se légitimer dans l'espace privé et s'y exerce avec davantage de force. Cette violence conjugale peut être aussi bien physique, morale que sexuelle, les trois se combinant souvent.

Selon l'OMS¹, les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et les violences conjugales sont à l'origine d'un doublement des dépenses annuelles de santé chez les femmes, notamment pour leur santé mentale. Le retentissement des violences physiques ou sexuelles sur la santé psychique des femmes est important tant au niveau du stress post-traumatique, de la consommation de médicaments psychotropes, que des taux et des tentatives de suicide.

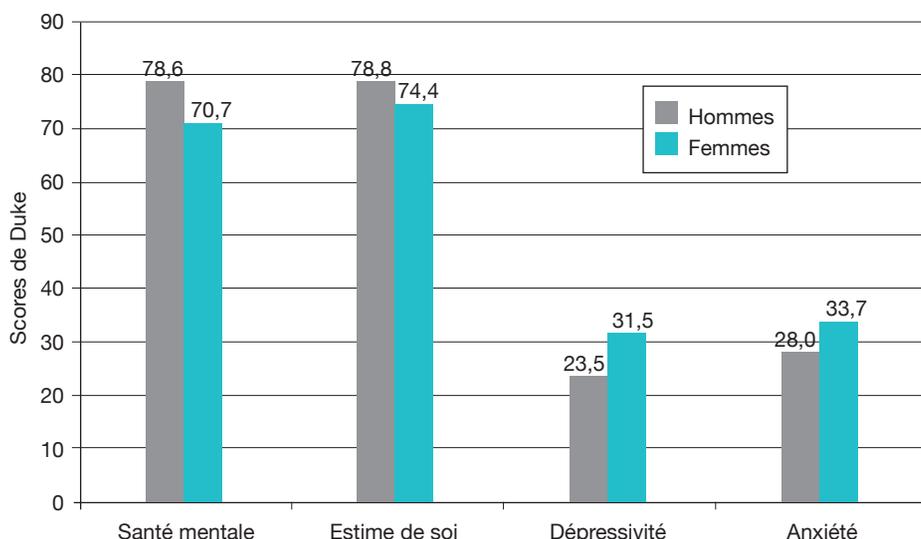
Les efforts de prévention et de dépistage sont rendus d'autant plus difficiles que les violences conjugales sont souvent invisibles, une fois refermée la porte du domicile, et qu'elles font l'objet d'une occultation par les femmes qui les subissent. Cependant, lorsqu'elles en parlent, près d'une fois sur quatre, c'est à leur médecin qu'elles s'adressent, ce qui souligne le rôle préventif primordial de ce dernier. Des formations spécifiques pour ces médecins mais également pour les policiers en charge de recueillir ces témoignages seraient nécessaires.

1 - Le lien entre violence et santé a été porté pour la première fois sur la scène publique lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé, réunie à Genève en 1996, a adopté une résolution déclarant que la violence constituait l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde.

Si la détresse psychologique est susceptible d'affecter tout le monde et à tous les âges de la vie, elle touche en premier lieu les femmes, d'après les résultats de différentes enquêtes aux échelles et méthodologies diverses.

Ainsi, d'après le Baromètre santé 2005, il apparaît que, tous âges confondus, les hommes obtiennent des scores de qualité de vie mentale¹ supérieurs à ceux des femmes et bénéficient d'une meilleure estime d'eux-mêmes. En outre, les femmes perçoivent leur niveau de dépressivité et d'anxiété plus négativement que les hommes (graphique n° 19)². Par ailleurs, si l'âge influence de manière importante la perception de la qualité de vie de santé mentale, les écarts entre les femmes et les hommes demeurent relativement stables au cours des périodes de la vie.

Graphique n° 19 : Scores de Duke parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, selon le sexe



Source : Baromètre santé 2005

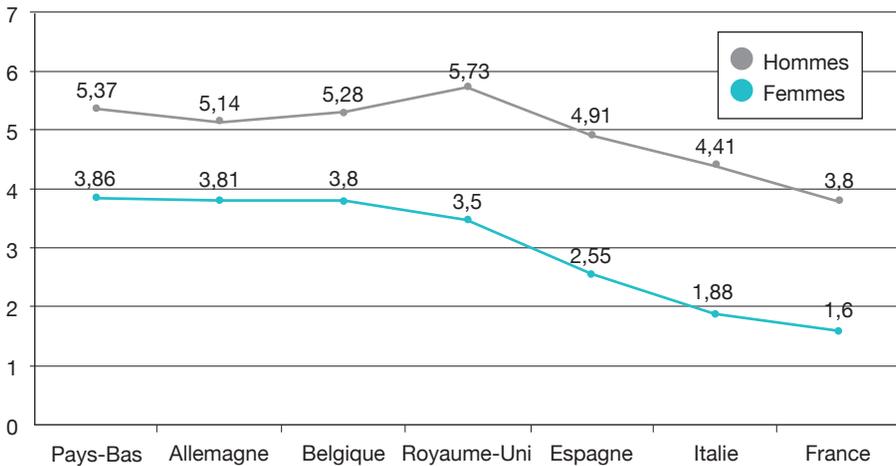
D'après l'*European Social Survey*, les femmes d'Europe de l'Ouest, à l'inverse de celles d'Europe de l'Est, se déclarent plus satisfaites que leurs compatriotes masculins. Ce clivage pourrait laisser entendre que l'amélioration

1 - L'échelle de santé de Duke est un questionnaire de 17 items qui explorent trois dimensions principales : la santé physique, la santé mentale et la santé sociale qui, combinées entre elles, donnent un score de santé générale. En outre, l'échelle fournit des indices pour évaluer l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la douleur, l'incapacité, et la santé perçue. Les scores sont normalisés de 0 à 100, 100 étant le score optimal, hormis pour l'anxiété, la dépression et l'incapacité pour lesquelles un score élevé correspond à une situation dégradée.

2 - Les hommes obtiennent des scores de qualité de vie mentale supérieurs de 7,9 points à ceux des femmes et bénéficient d'une meilleure estime d'eux-mêmes (4,4 points de différence). Les femmes perçoivent leur niveau de dépressivité et d'anxiété plus négativement que les hommes, avec des indices plus élevés de 8,0 et de 5,7 points respectivement.

des conditions féminines s'accompagne nécessairement d'un bien-être plus important. Cependant, la réalité se révèle plus complexe (encadré n° 13), comme l'indique l'infériorité des scores de santé mentale positive¹ obtenus par les femmes des sept pays étudiés dans l'enquête européenne ESEMeD², avec de surcroît un effet pays significatif puisque les écarts hommes-femmes sont plus importants en France, en Italie et en Espagne qu'en Allemagne et aux Pays-Bas (graphique n° 20).

Graphique n° 20 : Scores pondérés de santé mentale obtenus à l'échelle SF-12 dans sept pays européens en fonction du genre



Source : ESEMeD, 2000

Encadré n° 13

Le « Paradox of declining female happiness »

Ce paradoxe, mis en avant par Betsey Stevenson et Justin Wolfers de la Wharton School, part d'un double constat : les conditions de vie féminines se sont améliorées depuis les années 1970 aux États-Unis et dans les pays développés, et pourtant les mesures subjectives du bien-être des femmes ont diminué, tant de manière relative (comparées à celles des hommes) que de manière absolue. Plusieurs explications de ce paradoxe peuvent être avancées :

1 - La « Short Form Health Survey 12 », utilisée dans cette enquête, est une échelle de qualité de vie générique qui permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Ce questionnaire international permet une auto-évaluation de l'état de santé dans ses différentes dimensions (fonctionnement physique, douleurs, santé mentale, vitalité, état de santé général...) à l'aide de questions du type : « Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ? Pas du tout, un peu... ». L'ensemble de ces scores est normalisé de façon à varier de 0 à 100 ; 0 indiquant la moins bonne qualité de vie et 100 la meilleure qualité de vie possible.

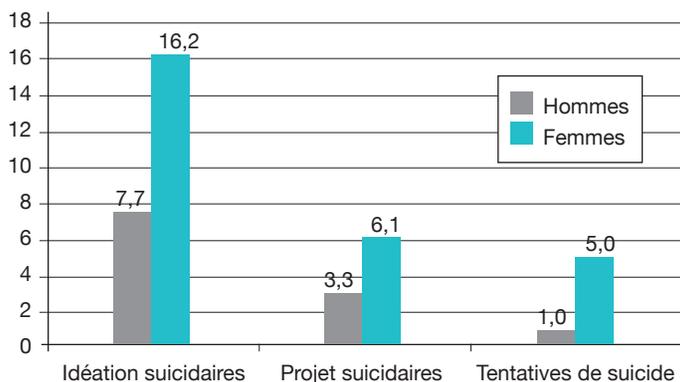
2 - L'enquête européenne ESEMeD (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*) a été réalisée en 2000 dans sept pays : Pays-Bas, Allemagne, Belgique, Royaume-Uni, Espagne, Italie et France.

- les femmes souffriraient de la complexité et de la pression croissantes des vies modernes, notamment en matière de conciliation entre vie privée et vie professionnelle : il s'agirait alors d'une exposition différentielle à certains agents stressants ;
- à cela pourraient s'ajouter des réponses différenciées, avec par exemple une augmentation des troubles anxieux et dépressifs particulièrement importante chez les femmes ;
- le changement de statut social de la femme se répercuterait sur leurs attentes en matière de bien-être. Si auparavant leur réponse était dictée par leur degré de satisfaction dans le foyer familial, aujourd'hui d'autres considérations entreraient en compte, notamment la réussite professionnelle ;
- les femmes, désormais plus libres et autonomes, répondraient avec une plus grande liberté à ce type d'enquêtes ;
- enfin, les femmes auraient désormais plus tendance qu'auparavant à comparer leur situation à celle des hommes : le constat de la persistance des inégalités pourrait alors être source d'insatisfaction.

L'autonomie obtenue par les femmes leur a offert des opportunités de réalisation, d'expression et donc d'estime de soi mais a pu déstabiliser l'équilibre de satisfaction personnelle qu'elles trouvaient auparavant dans leur vie familiale. Le défi consiste alors à favoriser le passage d'un régime de satisfaction dans l'inégalité à celui d'un bien-être dans l'égalité.

Dans le même ordre d'idées, si les hommes se suicident trois fois plus que les femmes, à l'inverse, les femmes sont plus nombreuses à penser au suicide et à faire des tentatives de suicide : elles sont près de trois fois plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide dans leur vie (71,9 % contre 28,1 % des hommes)¹.

Graphique n° 21 : Taux d'idéations, de projets suicidaires et de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, en fonction du sexe (en pourcentage)



Source : ESEMeD, 2000

1 - Les taux de suicide sont de 25 pour 100 000 hommes contre 8,6 pour 100 000 femmes. Pour les 65 ans et plus, la différence est encore plus importante puisque que les taux de suicides masculins sont près de quatre fois plus élevés que les taux féminins (49,9 vs 12,9).

Les chiffres concernant les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, bien que variables selon les enquêtes, démontrent tous une tendance marquée à une prédominance des femmes en la matière¹. Ce phénomène est resté relativement stable et fait l'objet de plusieurs interprétations dans la littérature².

1.2. Quelles logiques sociales sous-tendent les inégalités hommes-femmes en santé mentale ?

L'utilisation de la notion de « genre » n'est pas neutre puisqu'elle s'attache à montrer que les différences entre les sexes ne sont pas seulement issues de facteurs biologiques, mais aussi et surtout d'une construction sociale et culturelle. Ainsi, à une vision naturaliste, qui a fait l'objet de critiques pour son caractère trop restrictif et simpliste, s'est substituée une interprétation axée sur les déterminants sociaux dans l'étude de la différenciation genrée de la santé mentale. Cependant, on assiste ces dernières années à une revalorisation du corps sexué : l'existence de déterminismes biologiques ne serait pas incompatible avec des influences sociales et culturelles.

Alors que le sexe réfère à des caractéristiques biologiques...

Nombreuses sont les théories biologiques pouvant contribuer à expliquer la différenciation genrée en santé mentale : la psychobiologie montre l'influence des contraintes biologiques sur les conduites, mais sans en faire une clé explicative unique.

Les données de neuro-imagerie montrent ainsi des différences chez l'homme et la femme d'activation de l'amygdale et du cortex préfrontal médian, structures responsables du traitement des émotions et de la régulation de la sécrétion d'hormones. Les femmes présenteraient des activités plus importantes de ces régions en réaction à des expressions faciales ou des stimuli négatifs. Ceci pourrait conduire à des biais dans le traitement de l'information : les femmes se souviennent davantage des événements

1 - Selon l'*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), les femmes étaient 16,2 % à avoir eu des idéations suicidaires durant l'année écoulée contre 7,7 % des hommes et 5 % des femmes à avoir tenté de se suicider contre 1 % des hommes). Ces résultats sont plus élevés que ceux des études sur vie entière, qui établissent que les femmes sont en moyenne entre deux et trois fois plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide dans leur vie.

2 - Deux interprétations sont le plus souvent avancées. Selon la première, les hommes et les femmes n'ont pas recours aux mêmes méthodes, les hommes utilisant des moyens plus violents (arme à feu, pendaison) que les femmes (médicaments). La deuxième théorie met en avant l'idée que la tentative de suicide est un fait social à part entière. Les tentatives représenteraient plus une demande désespérée de prise en charge d'un malaise devenu insupportable à vivre que l'intention de se donner la mort. Le suicide et la tentative de suicide seraient deux manières différentes d'exprimer une souffrance ou un mal-être, en fonction du genre.

négatifs et ont plus tendance à « ruminer »¹. D'autres études démontrent des activations cérébrales différentes – aussi bien au niveau des structures que de l'intensité d'activation – entre les hommes et les femmes en situation d'empathie ou de raisonnement moral.

Par ailleurs, l'influence des hormones est souvent avancée pour expliquer les différences entre hommes et femmes, notamment concernant la violence. Des taux plus élevés de testostérone pourraient être liés à une plus grande agressivité masculine et à un goût plus prononcé pour les comportements à risque, en agissant sur le système dopaminergique. La biologie pourrait ainsi contribuer à un basculement inattendu : les valeurs du mâle dominateur et agressif semblent aujourd'hui dépassées au regard de la sociabilité et de l'humanisme féminins.

...le genre renvoie à une construction sociale

La différenciation genrée en santé mentale pourrait s'expliquer par la combinaison de trois processus sociaux.

Premièrement, hommes et femmes seraient tendanciellement exposés à des stressseurs distincts en fonction de leurs rôles sociaux traditionnels, la ménagère et la mère pour les femmes, le *breadwinner* pour les hommes. On parle alors d'exposition différentielle. Des preuves empiriques montrent que les femmes sont plus exposées que les hommes aux conflits, aux problèmes familiaux, aux événements touchant les membres de leurs réseaux sociaux et les morts de proches. De leur côté, les hommes sont davantage exposés aux échecs personnels, professionnels et à des événements comme la perte de revenu, la maladie physique et la victimisation criminelle.

Deuxièmement, à cette exposition différenciée viendrait s'ajouter une vulnérabilité différentielle des sexes. De façon générale, on observe que les femmes et les hommes sont plus vulnérables aux tensions auxquelles les expose leur sexe. Par ailleurs, les femmes présentent des niveaux inférieurs d'estime de soi et de maîtrise que les hommes. Or le rôle de l'estime de soi sur la santé mentale est très largement reconnu, notamment dans la littérature sociologique anglo-saxonne, comme facteur essentiel du bien-être et de l'équilibre psychologique des individus. Les femmes seraient alors traditionnellement plus perméables au mal-être.

Troisièmement, les hommes et les femmes auraient des façons différentes d'exprimer leur mal-être. Comme le constatent Jean-Louis Pan Ke Shon et Anne-Sophie Cousteaux, « chaque genre emprunte tendanciellement des

1 - De la même façon, une étude qui procède à l'analyse comparative de la colère en fonction du sexe a montré que les femmes étudiantes ont un trait de la colère plus marqué, répriment plus, ruminent plus et tentent plus de réguler leurs émotions que les hommes. Au contraire, les hommes font plus face à la colère par l'extériorisation ou par l'humour que ne le font les femmes. Arendt A., Blaise M., Ceccato C. et Leiner E., « Étude de l'impact de la colère sur la santé des étudiants », séminaire expérimental 2006/2007, université du Luxembourg.

voies différentes pour exprimer son mal-être¹ ». Cela se vérifierait moins dans les diverses pathologies, qui touchent les uns et les autres, que dans la nature même des expressions des tensions. Ainsi, pour certains², alors que les femmes développeraient des symptômes ou des pathologies, les hommes adopteraient préférentiellement des comportements.

Ce constat est aussi connu sous le terme d'équivalence fonctionnelle des tensions mentales. Les socialisations différentielles créeraient des structures de l'intériorité distinctes qui seraient à l'origine des réponses genrées différentes aux tensions. Cela s'observe dès l'enfance parmi les jeunes en danger comme à l'âge adulte, ce qui laisse à penser que l'acquisition des réponses genrées aux stimuli négatifs se produit au cours de la socialisation primaire.

Les constructions sociales exercent en effet leur influence sur la santé mentale en facilitant, d'une part, l'émergence de certains facteurs de risque et, d'autre part, en inhibant certains facteurs de protection.

Par exemple, la socialisation masculine tolère, favorise, voire encourage l'agressivité et l'impulsivité, la consommation d'alcool et une plus grande accessibilité aux armes. En exigeant puissance et invulnérabilité, elle limite le répertoire émotionnel des hommes à des émotions considérées comme viriles, par exemple la colère. La souffrance des hommes serait alors plus malaisément exprimée et se manifesterait plutôt à travers l'agir, le travail compulsif, le suicide, les abus d'alcool, de drogues, les conduites à risque et la violence et, plus rarement, par la tristesse³.

Quant à l'inhibition des facteurs de protection, la socialisation masculine y joue également un rôle important en contribuant à réduire l'éventail des mécanismes d'adaptation dont les hommes disposent. D'un côté, elle valorise l'autonomie et l'indépendance et de l'autre, elle stigmatise l'expression de la souffrance et la demande d'aide : en situation de détresse, les hommes sont alors coupés des sources potentielles d'aide et se privent d'un soutien qui pourrait s'avérer essentiel.

Cette théorie, qui souligne l'impact des rôles sociaux sur les différences genrées en termes de troubles mentaux, peut s'appuyer sur deux éléments probants.

1 - Cousteaux A.-S. et Pan Ke Shon J.-L., « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, version septembre 2007, janvier-mars 2008, p. 49-1.

2 - Ehrenberg A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, op. cit. ; Mirowsky J., et Ross C. E. (1995), « Sex differences in distress: Real or artifact? », *American Sociological Review*, 60, 1995, p. 449-468 ; De Coster S., « Depression and law violation: Gendered responses to gendered stresses », *Sociological Perspectives*, vol. 48, n° 2, 2005, p. 155-187.

3 - Symétriquement, il « reviendrait » aux femmes les tentatives de suicide, la dépression, l'anorexie mentale, etc.

Premièrement, certaines études démontrent que la différence hommes-femmes en matière de détresse psychologique est plus faible dans les pays et les périodes où l'égalité entre les sexes est la plus respectée¹.

Deuxièmement, en ce qui concerne les troubles de l'addiction, l'usage et les phénomènes d'appropriation des substances psychoactives par les femmes ont tendance à se rapprocher de ceux des hommes en fonction de la convergence des rôles masculins et féminins dans la société. Ainsi, on observe chez les femmes de milieux favorisés une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis, signe d'un alignement de leur comportement sur celui des hommes².

1.3. Vers une harmonisation des temps de vie et des investissements sociaux ?

La construction sociale adossée sur les rôles des hommes et des femmes aurait donc des impacts sur la santé mentale. Une action préventive pourrait inclure une harmonisation des temps de vie masculins et féminins et des investissements sociaux, qui à la fois reflètent et participent à la persistance des stéréotypes de genre.

Les investissements domestiques et familiaux

La maîtrise de « son temps » est un enjeu capital pour la santé mentale. En effet, concilier les différents temps de vie peut être vécu comme une contrainte et être source de tensions, de sentiments de perte de contrôle, d'échec... Au contraire, lorsque les engagements dans la sphère du travail et dans la sphère familiale sont maîtrisés, ces investissements sociaux peuvent apporter des gains majeurs en étant sources de réalisation et d'estime de soi, et ce aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

Or les données sont claires : le temps n'est pas neutre en matière de genre. Si les temps couramment dénommés « physiologiques »³ sont à peu près équivalents chez les hommes et les femmes, on constate que la répartition entre le temps de travail et les temps sociaux est différenciée.

1 - Comme exposé plus haut, il existe un « effet pays » significatif sur les écarts hommes-femmes en matière de détresse psychologique : un clivage apparaît entre les pays d'Europe du Sud (France, Espagne et Italie) et ceux d'Europe du Nord aux traditions culturelles très différentes.

2 - On observe une certaine convergence dans les consommations de substances psychoactives entre hommes et femmes, qui semble liée à la dynamique d'uniformisation des rôles sociaux aujourd'hui à l'œuvre dans notre société. Ce rapprochement paraît plus important dans les classes favorisées que dans les classes populaires : plus leur milieu socioculturel est élevé, plus les femmes ont un rapport étroit aux produits, qu'elles considèrent peut-être comme une forme d'émancipation.

3 - Occupations personnelles (englobant le sommeil, le temps passé à manger et à boire et les autres services personnels, médicaux...).

En effet, les femmes assurent 80 % du temps domestique total¹. Alors que dans tous les pays, les hommes consacrent davantage de temps au travail rémunéré ou aux études qu'au travail domestique, la situation est inverse chez les femmes². La nature des tâches domestiques est également différenciée selon le genre puisque les hommes privilégient les tâches les plus valorisées à leurs yeux comme le bricolage et le jardinage, laissant à la charge des femmes le repassage, la cuisine, les courses.

Ces différences sont encore plus marquées lorsque les ménages comprennent au moins un enfant. Cependant, la situation varie en fonction des tâches considérées puisque si l'habillage, l'accompagnement lors des trajets et les devoirs scolaires sont des activités principalement maternelles, le coucher et les loisirs sont pris en charge le plus souvent de façon égalitaire³. Ces résultats confirment la propension des hommes à davantage s'impliquer dans « les activités ludiques, affectives et de sociabilité ».

Cette inégale répartition du travail parental en termes de temps consacré et de nature des tâches prouve l'importance de l'identité sexuée et le poids des rapports sociaux de sexe qui traversent la société et accordent une place de second rang à la carrière professionnelle des femmes.

Enfin, l'implication de la femme dans la vie familiale n'est pas réduite à la prise en charge des enfants mais comprend également celle des personnes âgées⁴, les deux étant parfois amenées à se cumuler, les femmes se retrouvant alors dans un système de double contrainte difficilement conciliable avec une vie professionnelle dense.

Les discriminations professionnelles

L'activité féminine a connu un fort développement dû à l'aspiration des femmes à une indépendance financière et à l'épanouissement qu'apporte le travail, et également aux transformations sociétales dans le domaine du couple et de la famille. Cependant, l'égalité entre hommes et femmes dans la sphère professionnelle est encore loin d'être atteinte.

1 - Pailhé A. et Solaz A., « Vie professionnelle et naissance : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes », *Populations & Sociétés*, septembre 2006.

2 - En additionnant le temps moyen journalier total utilisé pour le travail rémunéré et le travail domestique, il apparaît que le temps de travail des femmes est supérieur de 30 minutes environ à celui des hommes en France. L'inégalité touche des tâches de la vie quotidienne, mais bien au-delà, les domaines des loisirs ou de la vie associative. Le temps quotidien consacré aux activités de loisirs est systématiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes : un écart de 33 minutes en France qui s'élève à 80 minutes en Italie, où les femmes effectuent une grande quantité de travail domestique et où parallèlement la différence hommes-femmes en matière de détresse psychologique est particulièrement importante.

3 - Brugeilles C. et Sebille P., « La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants. L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations », *Politiques sociales et familiales*, n° 95, mars 2009.

4 - Les études démontrent que les deux tiers des personnes aidant régulièrement une personne âgée de leur entourage sont des femmes.

Très souvent mises en avant, les discriminations salariales demeurent toujours criantes. En 2006, on estimait que les salaires des femmes équivalaient en moyenne à 73 % de ceux des hommes. En enlevant les effets dus aux différences de temps de travail (les femmes sont cinq fois plus souvent en temps partiel que les hommes et les hommes effectuent plus d'heures supplémentaires) et aux différences de poste, d'expérience, de qualification et de secteur d'activité, on estime le résidu discriminatoire à 10 %.

À ces inégalités salariales viennent s'ajouter des discriminations professionnelles. L'inégale répartition hommes-femmes entre temps de travail passé à la maison et temps passé au travail contribue en effet à créer et entretenir des inégalités professionnelles et des pratiques discriminatoires de la part des entreprises : précarisation de l'emploi féminin avec le temps partiel essentiellement réservé aux femmes, tolérance sociale plus grande vis-à-vis du chômage féminin, limitation dans l'accès aux promotions, aux formations, aux postes à responsabilité et à certains secteurs...

Même si les femmes travaillent de plus en plus, les ajustements et la recherche d'une flexibilité professionnelle reposent encore en grande partie sur elles. Pour preuve, la maternité fait chuter le taux d'emploi des femmes d'environ 8 points et augmente la fréquence du travail à temps partiel de 11 points, des chiffres qui sont encore plus élevés lorsqu'il s'agit des mères les plus modestes¹.

Les inégalités domestiques contribuent donc à créer et à entretenir des inégalités professionnelles qui, à leur tour, favorisent le maintien et l'aggravation des inégalités domestiques. On peut donc dire que les inégalités dans les sphères privée et professionnelle font système et se combinent avec les discriminations, qui trouvent là un terrain favorable et frappent en général les groupes à plus faibles ressources.

En finir avec un système « perdant-perdant » ?

La charge de la coordination des différents temps de vie repose donc en grande partie sur les femmes. Les difficultés qui en découlent sont source de tension pour la femme qui se retrouve dans un système de double contrainte qui peut revêtir plusieurs formes : une double inscription familiale et professionnelle², la nécessité parfois de prendre en charge les enfants et les

1 - L'importance du rôle des modes de garde dans l'accès des femmes au marché du travail a été démontrée. Lorsque la mère travaille à temps complet, le recours à une garde payante en semaine passe de 30 % pour les enfants non scolarisés de milieu modeste à plus de 70 % pour les plus aisés. Les modalités de conciliation sont donc fortement contrastées socialement. L'arbitrage financier entre le coût de la garde et les revenus issus de leur activité est un facteur décisif. Viennent s'y ajouter d'autres considérations notamment en termes de conditions d'emploi. Les femmes de milieu modeste étant plus concernées par le temps partiel subi et par les horaires atypiques, elles vont être plus enclines à renoncer à leur travail, encouragées par les politiques familiales comme le congé parental.

2 - Marie-Anne Dujarier, dans son livre *Le travail du consommateur, de McDo à eBay. Comment nous coproduisons ce que nous achetons* (Paris, La Découverte, 2008) évoque l'accroissement

personnes âgées, ou encore d'exercer à temps partiel tout en ayant une forte amplitude horaire. Ainsi, comme ont pu le démontrer les travaux d'Amartya Sen, la liberté réelle qu'ont les femmes de tirer profit des ressources dont elles disposent – leurs « capacités » – est inférieure à celle des hommes, et ce, à cause des représentations traditionnelles, des rapports de force et du non-partage des charges familiales.

Parallèlement, en étant moins impliqués dans la vie domestique, les hommes se privent d'une sphère positive de réalisation et d'expression de soi : la famille. Ainsi, la moindre charge et la plus grande indépendance, notamment professionnelle, se feraient au prix d'un monde domestique qui leur échappe au moins en partie.

Il est important de souligner que cette « relative monoactivité » masculine n'est pas sans coût pour les premiers concernés.

Premièrement, en l'absence d'insertion éducative et professionnelle, des risques de déviance sous l'effet de « pairs négatifs » sont clairement identifiés. Deuxièmement, nombreuses sont les études qui démontrent que les hommes sont plus affectés mentalement par les situations de chômage, du fait du rôle prépondérant accordé au travail. Troisièmement, en étant plus les agents que les acteurs de leur sphère privée, les hommes créent une dépendance spécifique aux liens familiaux qui les laisse dépourvus en cas de rupture conjugale, qui se solde souvent par une perte des liens avec les enfants. Or une paternité paritaire serait un instrument de sécurisation des liens. Enfin, comme évoqué précédemment, les hommes se privent de facteurs de protection, constitués notamment par le soutien familial.

Le travail et la famille ne sont pas que deux domaines chronophages. Ce sont aussi et surtout deux sphères de réalisation primordiales et auxquelles les Français accordent énormément de valeur, ce qui est confirmé par le fait que les hommes comme les femmes sont demandeurs de plus de temps à consacrer à leur famille (cf. chapitre 4)¹. On peut alors émettre l'hypothèse selon laquelle les différences d'implication et de contraintes dans les sphères privée et professionnelle ne satisfont personne et sont la source de nombreux troubles de santé mentale.

de charges domestiques d'un type nouveau, liées au déplacement d'une partie du travail des salariés (administration et entreprises) vers les consommateurs-usagers. Ces charges pèsent plus sur les femmes surtout lorsqu'elles sont mères de famille, d'une part, chefs de famille ou tenant le budget d'un ménage pauvre, d'autre part. En outre, des travaux récents démontrent le stress des femmes lié aux « crises de banque » (thèse récente de Jeanne Lazarus sous la direction de Luc Boltanski, numéro spécial de *Sociétés contemporaines*, à paraître ; thèse récente d'Hélène Ducourant sur les crédits à la consommation comme « soudure » pour les classes populaires ; travaux de Laure Lacan et d'Ana Perrin-Heredia sur le stress budgétaire qui pèse principalement sur les femmes).

1 - Davoine L. et Méda D., « Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? », *op. cit.*

Quelles possibilités s'offrent à nous en matière d'action publique ?

Des dispositifs publics et d'organisation du travail proposés par les entreprises peuvent faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie privée. Des pays, nordiques notamment, ont ainsi développé des systèmes innovants de congés parentaux et de modes de garde. Parallèlement, les entreprises s'y montrent plus attentives aux difficultés pratiques que les salariés peuvent rencontrer dans leur quotidien, en leur accordant une plus grande souplesse et autonomie en matière d'organisation du travail.

La finalité est d'obtenir une distanciation à la fois objective et subjective vis-à-vis des domaines privés et professionnels. En effet, l'harmonisation des temps ne se réduit pas à une question quantitative, tant pour les femmes que pour les hommes : le ou la salarié(e) doit pouvoir se consacrer pleinement à son travail puis, une fois rentré(e) à son domicile, pouvoir dédier toute son attention à ceux qui partagent sa vie¹. Un tel cloisonnement des activités est alors une « source d'équilibre »².

Cependant, force est de constater que, bien souvent, les dispositifs législatifs se basent sur des hypothèses de genre en considérant principalement la charge de conciliation comme reposant sur les femmes et *in fine* ne contribuent pas à développer une égalité substantielle. Il s'agit alors de distinguer les objectifs de court terme, qui sont principalement de pallier les déficits, des objectifs de long terme, qui s'inscrivent dans une visée réformatrice.

Ainsi, favoriser l'investissement des hommes dans la vie familiale et domestique est nécessaire afin d'augmenter les « capacités » des femmes, mais également pour permettre aux hommes de s'épanouir pleinement dans leur foyer.

Or l'investissement familial des pères reste profondément déterminé par les stéréotypes de genre, surtout dans certains secteurs d'activité où le fait de consacrer du temps à sa famille est encore mal perçu. Les pères ne représentent toujours que 2 % des bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation. De la même manière, les temps partiels pour raisons familiales ou les congés de paternité pris dans leur totalité restent rares.

Il pourrait être alors utile de développer des campagnes favorisant le rôle et la valorisation de l'identité paternelle en soulignant les bienfaits d'une paternité plus impliquée pour les enfants, pour les pères, mais aussi pour les mères.

1 - Ce nécessaire cloisonnement des temps est un des arguments avancés par ceux qui critiquent le développement du télétravail. Cependant, ce mode de travail peut présenter des avantages, lorsqu'il est choisi, notamment du fait du temps passé sur les trajets domicile-travail et des conditions de stress que ceux-ci peuvent engendrer.

2 - Solom A., « Salariés et entreprises : vers une relation 'transactionnelle'? », *IPSOS Ideas*, mars 2006.

L'émergence de revendications masculines est primordiale afin d'amorcer un changement pour tous.

Plus généralement, la prévention en santé mentale passe par la reconnaissance des effets pernicioux de la socialisation genrée et de l'extrême rigidité des rôles féminins et masculins. Ainsi, peut-être, hommes comme femmes pourront s'écarter de leurs sentiers psychosociaux divergents pour faire route « ensemble » vers une meilleure satisfaction partagée.

Recommandations

- Les études sur la santé mentale des hommes et des femmes demandent à être encouragées en visant des populations spécifiques. Cela doit se traduire par des aides à la recherche et la mise en place d'enquêtes longitudinales couplant les méthodes de recherche qualitative et quantitative.
- De ces études pourraient ressortir le besoin et les moyens de développer des approches préventives différenciées en fonction des publics les plus concernés.
- À court terme, il convient de développer des politiques familiales (modes de garde innovants) et de l'emploi (horaires flexibles, télétravail souhaité...) adaptées à la conciliation vie familiale/vie professionnelle des femmes et des hommes. Ces dispositions se doivent d'adopter des leviers incitatifs pour être suivies d'effets (par exemple, des congés parentaux plus courts mais mieux rémunérés donc plus attractifs pour les pères).
- À plus long terme, les stéréotypes de genre, véhiculés et entretenus dans de nombreux domaines, aussi bien professionnel, politique que médiatique ou éducatif¹, doivent être combattus. Dans cette perspective, ces mesures doivent à la fois s'installer dans la durée et dans tous les espaces concernés (notamment l'entreprise et l'école, dont l'orientation). Il faut renforcer les missions de l'Observatoire de la parité, avec le souci de rendre compte du différentiel de difficultés comme de progrès constatables pour chacun des sexes.

1 - Les clivages sexués dans les secteurs d'activité professionnelle sont comparables à ceux constatés dans le milieu scolaire, qui prétend pourtant adopter une approche volontariste en matière de neutralisation des stéréotypes de genre. Comme le rappelle Marie Duru-Bellat, les filles opteraient pour des études et des métiers qui prolongent les fonctions traditionnellement dévolues aux femmes dans la famille (enseignement, santé, relations...), et procéderaient à des choix de compromis, de manière à ce que l'activité professionnelle soit conciliable avec la vie familiale. De plus, certaines études démontrent que les femmes ne s'autorisent pas à faire carrière (voir les travaux de Catherine Marry sur les couples de polytechniciens).

2. La vulnérabilité comme cumul des handicaps

Face aux défis posés par le multiculturalisme de la société française, mais également par les nouveaux risques liés à la précarité, à l'exclusion ou à la « nouvelle pauvreté », certaines populations semblent plus vulnérables en matière de santé mentale. Elles sont de nature extrêmement hétérogène puisqu'elles regroupent aussi bien les sans-abri que les détenus, les chômeurs ou les immigrés. Elles ont toutefois en commun une vulnérabilité spécifique qui se caractérise par une précarité relationnelle – avec des interactions sociales affaiblies –, mais aussi psychique et sociale. Viennent s'y ajouter les précarités familiale, de l'emploi, des conditions de vie avec la perte des « objets sociaux » (foyer, travail, argent, logement) qui donnent aux personnes les sécurités de base, un statut, une reconnaissance d'existence (2.). Se constitue alors un cumul de handicaps qui enferme ces populations dans un cercle vicieux ou un sentier psychosocial dont il est difficile de s'extraire (3.).

2.1. Les chômeurs

La France présente un taux d'emploi assez faible comparé à celui des principaux pays développés : avec 65,2 % des 15-64 ans en emploi en 2008, il est inférieur à la moyenne européenne (65,9 %) et à la moyenne de la « zone euro » (66,1 %). La situation française est marquée par des aspects sectoriels et par la faiblesse du taux d'emploi des jeunes (15-24 ans) et des seniors (55-64 ans).

Les conséquences du chômage en matière de santé mentale se font ressentir sur l'ensemble de la population : un taux de chômage élevé crée un climat anxigène, avec un sentiment d'insécurité de l'emploi exacerbé. Mais les premiers concernés sont évidemment les chômeurs. En termes de bien-être déclaré à l'*European Social Survey*, le fait d'être au chômage est un des facteurs les plus déterminants d'insatisfaction, particulièrement en France (cf. chapitre 3). Andrew Clark utilise quant à lui les données issues de l'*International Social Survey Programme* (ISSP), qui portent sur les pays de l'OCDE, pour démontrer qu'il existe un écart significatif entre la satisfaction déclarée des personnes ayant un travail et celles à la recherche d'un emploi¹.

S'agissant de l'impact du non-emploi sur la détresse psychologique, l'OCDE, dans « Perspectives de l'emploi 2008 », procède à une analyse des données longitudinales concernant des travailleurs individuels dans cinq pays (Australie, Canada, Corée du Sud, Royaume-Uni et Suisse). Il apparaît que le

1 - Clark A. E., « Work, jobs and well-being across the Millennium », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 83, janvier 2009.

risque de développer une détresse mentale est plus grand parmi les inactifs que chez les actifs occupés, après contrôle des caractéristiques individuelles, dans tous les pays concernés, aux modèles sociaux très différents. Dans l'ensemble, les hommes souffrent davantage d'être sans emploi que les femmes, ce qui peut en partie s'expliquer par la perpétuation des stéréotypes sociaux de l'homme « *breadwinner* ».

De plus, l'effet estimé de la durée du non-emploi sur la santé mentale diffère selon les pays, notamment en matière de chômage de longue durée. Alors qu'en Australie ce chômage est très préjudiciable à la santé mentale, au Royaume-Uni on constate que la détresse psychologique augmente beaucoup plus pour les individus qui sont au chômage depuis très peu de temps que pour ceux qui y sont depuis plus de deux ans. Ces différences pourraient s'expliquer par la structure des allocations chômage ou encore par des effets « d'accoutumance au chômage ».

Enfin, l'analyse démontre que les personnes qui passent d'une situation de non-emploi à une situation d'emploi, quel que soit le type de travail, voient leur santé mentale s'améliorer et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un emploi stable et sans condition de pénibilité notable.

Récemment, le Baromètre santé de l'INPES établissait que les personnes au chômage présentaient des indicateurs de santé mentale particulièrement dégradés puisque leur score était inférieur de 5,2 points à celui des personnes déclarant travailler. Durant les douze derniers mois, 9,1 % des chômeurs déclaraient avoir pensé au suicide contre 4,7 % des actifs occupés, et 12,1 % avoir souffert d'un épisode dépressif caractérisé (vs 7,7 %). Les chômeurs présentaient par ailleurs un profil de surconsommation de substances addictives : la prévalence du tabagisme régulier était de 38,7 % (vs 28,1 %), l'usage de cannabis de 12 % (vs 6,9 %) et 10,5 % (vs 8,1 %) présentaient une consommation d'alcool problématique, c'est-à-dire avec des risques chroniques ou de dépendance.

Afin d'expliquer les effets néfastes du chômage sur l'état de santé mentale, on met en avant le fait que le chômage peut engendrer un stress aigu suite à la perte d'emploi proprement dite ou suite à des problèmes financiers chroniques résultant du déclin durable des revenus associé au chômage de longue durée. En outre, le chômage peut entraîner des coûts non pécuniaires, par exemple les dommages psychiques entraînés par la perte d'estime de soi. Les personnes sans emploi sont également privées des bénéfices sociaux que le travail procure – un cadre structurant, des occasions d'interagir avec les autres et la possibilité de construire son identité sociale¹. Enfin, la déstructuration du rythme de la vie quotidienne semble jouer un rôle important.

1 - Une étude menée en 1998 décompose le coût de ces deux types d'effets et conclut que les coûts pécuniaires sont faibles comparés aux coûts non pécuniaires. Voir Winkelmann L. et Winkelmann R., « Why are the unemployed so unhappy? Evidence from panel data », *Economica*, 65, 1998, p. 1-15.

Toutefois, l'hétérogénéité de la population des chômeurs conduit à des expériences totalement différentes. En effet, la signification et la valeur données au travail conditionnent en grande partie l'attitude à l'égard de la période du chômage. Ce rapport au travail est fortement influencé par des variables sociodémographiques, comme l'âge, le sexe, le niveau d'études, le rapport entre les besoins financiers et le revenu familial.

En 1994, Dominique Schnapper constatait que l'expérience vécue du chômage se définissait selon trois dimensions, à savoir l'aptitude à adopter un statut de substitution, à entretenir un réseau de relations sociales indépendant de l'activité professionnelle et à perpétuer l'intégration familiale. Elle proposait alors trois types principaux de vécu du chômage : le « chômage total », qui toucherait principalement les travailleurs manuels, les femmes et les travailleurs âgés ; le « chômage inversé », qui s'appliquerait aux jeunes qui le vivent comme une opportunité pour se construire ; le « chômage différé », qui concernerait majoritairement les cadres multipliant les formations destinées à leur procurer un emploi plus qualifié.

Cette classification, bien qu'intéressante, semble quelque peu « dépassée » par les évolutions socioéconomiques des quinze dernières années, notamment par le chômage des jeunes, devenu un sujet de préoccupation majeur. En effet, la tranche de population qui concentre le plus de chômage et de précarité, fin 2007, était celle des jeunes Français de 15-24 ans qui totalisait 20,2 % du taux de chômage, contre 8,5 % pour l'ensemble de la population, selon l'INSEE. En outre, 25,1 % des 15-29 ans occupaient en 2007 un emploi précaire (intérim ou contrat à durée déterminée) pour une moyenne nationale de 10,5 %. Cette précarité forcée augmente sans aucun doute la fragilité des jeunes. D'après une enquête réalisée dans quatre régions de France en 2005 et portant sur 20 000 personnes dont 4 000 jeunes de 18 à 29 ans qui travaillent, étudient ou ne font ni l'un ni l'autre (un tiers respectivement), les troubles anxieux et dépressifs, la détresse psychologique et la consommation abusive de substances sont constamment plus élevés dans le groupe de ceux qui n'ont pas d'emploi et ne sont pas étudiants.

2.2. Les immigrés et descendants d'immigrés

En France, pays d'immigration depuis le XIX^e siècle, la population immigrée proviendrait pour un tiers des pays européens, un tiers du Maghreb et un tiers des autres parties du monde. Selon la définition du Haut Conseil à l'intégration reprise par l'INSEE, « est immigrée toute personne née étrangère à l'étranger et vivant en France ». D'après les enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005, l'INSEE établit à 4,9 millions le nombre d'immigrés en France, soit 8,1 % de la population française. Leur nombre total a aussi augmenté : ils sont 760 000 de plus qu'en 1990. Parmi ces immigrés, 40 % sont français, contre 36 % en 1999.

Selon l'analyse de Pierre Bréchon des résultats de l'*European Values Survey*, les personnes d'origine étrangère ne sont pas plus pessimistes que les autres : « Les seules situations objectives qui génèrent un fort pessimisme social sont les expériences de précarité, le chômage, le handicap, dont on a vu qu'elles marquaient aussi la perception du bonheur ». Cependant, le fait de ne pas différencier les immigrés par leur pays de naissance peut conduire à des conclusions hâtives.

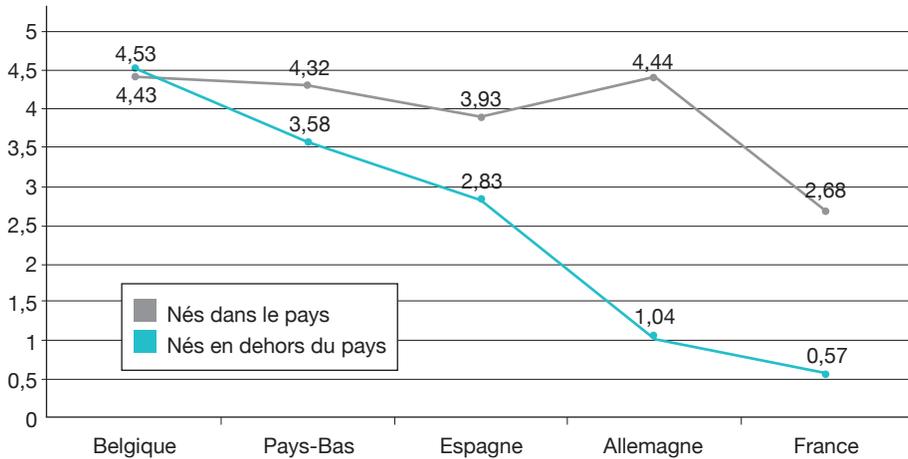
Ainsi, dans un travail intitulé « État de santé des populations immigrées en France », Florence Jussot et ses collaborateurs de l'INSEE ont étudié les liens entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'enquête décennale *Santé* menée en 2002-2003 en France. Les résultats démontrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère, liées à un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Cette analyse suggère également un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

Dans un rapport intitulé *The State of Mental Health in the European Union*, la Commission européenne s'est intéressée à la thématique de la santé mentale des migrants. Il apparaît que parmi les nombreux changements auxquels une personne doit faire face durant sa vie, peu s'avèrent aussi profonds et complexes que ceux rencontrés par les migrants. Quasiment tout l'environnement de la personne immigrée évolue radicalement, avec plus spécifiquement sept manques anxiogènes identifiés : la famille et les amis, le langage, la culture, le pays d'origine, la perte de statut socioéconomique, la perte de contact avec le groupe ethnique et l'exposition accrue aux risques physiques. Les difficultés pour exprimer sa souffrance peuvent conduire à de graves problèmes psychologiques, d'autant plus importants en cas de conditions de migration difficiles : les conditions d'accueil dans le nouveau pays sont essentielles pour assurer une intégration optimale.

De plus, le rapport insiste sur le fait qu'il ne faut pas considérer les migrants comme une population homogène en matière de facteurs de risque pour la santé mentale. De plus amples recherches sont nécessaires afin d'identifier ces facteurs de risque, parmi lesquels on peut distinguer les raisons de la migration et l'éloignement du pays d'origine, aussi bien en termes de religion, de langue, que de la facilité d'être reconnu légalement et socialement dans le pays d'accueil. Le rapport déplore le manque d'études épidémiologiques en Europe à l'heure actuelle sur la santé mentale des migrants. En effet, peu de données sont disponibles du fait de l'inadéquation des systèmes de recensement, et ce malgré l'importance des problèmes physiques et psychologiques rencontrés par ces populations. Les seules données indiquées sont les scores de qualité de vie mentale obtenus grâce à l'échelle « Short Form Health Survey 12 » (SF-12), qui révèlent des différences entre

les habitants d'un même pays (Pays-Bas, Espagne, Allemagne, France) selon qu'ils y sont nés ou non¹ (graphique n° 22).

Graphique n° 22 : Moyennes des scores de santé mentale obtenus à l'échelle SF-12 selon que l'on soit né ou non dans son pays de résidence



Source : ESEMeD, 2000

Concernant les migrants, il semble important de souligner le phénomène de concentration spatiale dont ils sont l'objet dans le cas français. La ségrégation spatiale dans les zones urbaines sensibles (ZUS) touche d'abord les immigrés d'Afrique. Les personnes de plus de 14 ans ayant au moins un parent né sur le continent africain sont plus de 26 % en ZUS contre 8 % en dehors (Enquête Emploi 2005). Il y a, à l'évidence, une série de phénomènes ségrégatifs qui poussent à la concentration des immigrés les plus défavorisés et de leurs descendants dans les quartiers sensibles. Habiter un quartier pauvre contribue à augmenter les risques d'insatisfaction. Ce sont souvent les lieux les moins attractifs qui subissent des nuisances, des déprédations, des vols et souffrent d'insécurité. La perception de la dangerosité d'un quartier constitue même l'incitation la plus forte à déménager et contribue ainsi à la ségrégation. Ce climat d'insécurité, en plus d'autres déprivations (emploi, mobilité par les transports, etc.), engendre des tensions psychiques. Néanmoins, les recherches récentes soulignent la multiplicité des appréciations des habitants des quartiers pauvres, allant de la relation affective au rejet violent du lieu de vie².

1 - La SF-12 est une échelle de qualité de vie générique qui permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Plus les scores sont hauts, meilleure est la qualité de vie.

2 - Pan Ké Shon J.-L., « L'émergence du sentiment d'insécurité en quartiers défavorisés. Dépassement du seuil de tolérance... aux étrangers ou à la misère ? », *Espace, Populations, Sociétés*, 2009/1, p. 105-117.

2.3. Les sans-domicile

Les questions liées à la maladie mentale des personnes sans domicile restent largement inexplorées en France. L'enquête de référence reste celle conduite à Paris durant l'hiver 1996 qui montrait une prévalence des troubles psychotiques probables ou confirmés de 16 % sur la vie et de 6 % sur six mois, bien au-delà des 1 % à 2 % en population générale. Elle indiquait également une fréquence plus importante des troubles de l'humeur (41 % sur toute la vie et 24 % sur six mois). De plus, les sans-abri sont rarement dans une démarche active de demande d'aide.

Le rapport 2007 de Médecins du Monde fait également apparaître une surconsommation de substances psychoactives chez les personnes sans domicile qui viennent en consultation en comparaison des autres personnes reçues dans les centres.

Les liens entre la survenue des troubles mentaux chez les sans-domicile et leur désocialisation sont évidents mais la nature des processus est complexe. L'alcool n'est pas toujours aussi présent dans les parcours des personnes sans domicile que ne le veut l'imaginaire collectif. Mais les risques d'un usage nocif et d'une dépendance à l'alcool sont importants pour les individus aux situations de précarité les plus marquées¹. Le maintien de contacts avec les proches, assez rare, est associé à une moindre prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les personnes sans domicile². Le maintien des liens peut être permis par la « bonne » santé mentale plutôt qu'il ne l'explique.

Les études qui se sont intéressées aux facteurs de risque du « sans-abrisme » retiennent particulièrement un épisode traumatique dans l'enfance, des antécédents psychiatriques familiaux, un faible niveau d'acquisition scolaire, un comportement violent, un passage en prison. 25 % des personnes à la rue avaient quitté le domicile familial à 16 ans, une proportion dix fois plus élevée que dans le reste de la population. Les premiers symptômes de souffrance et d'isolement sont repérables dès l'âge scolaire et peuvent prendre la forme d'un décrochage scolaire ou d'un désintérêt global. La moitié des sans-domicile aidés a été marquée par la maladie ou le décès d'au moins un parent avant l'âge de 18 ans, taux là encore trois fois plus élevé que dans le reste de la population et 40 % des sans-domicile ont vu leurs parents divorcer ou se séparer dans leur enfance, contre 20 % des personnes en logement ordinaire. Enfin, les sans-domicile sont deux fois plus nombreux à appartenir à une grande fratrie (six enfants ou plus) et deux fois moins nombreux à être enfant unique.

1 - Observatoire du Samu social de Paris, *Conduites addictives, substitutions et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, Paris, 1998 (la même enquête a été reconduite en 1999).

2 - Il n'est donc pas surprenant que les personnes sans domicile qui entretiennent des contacts fréquents avec leurs proches se jugent plus souvent en bonne ou en très bonne santé que celles qui sont plus isolées : Peretti-Watel P., « Lien social et santé en situation de précarité. État de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Économie et Statistique*, n° 391-392, 2006.

Selon une enquête de l'INSEE¹, les personnes ayant été « placées » sont largement sur-représentées parmi les populations sans domicile puisque leur part s'élève à 23 % du total (contre 2 % en population générale), pourcentage pouvant s'élever à 35 % parmi les 18-24 ans. Les jeunes adultes sortis de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) appellent une attention spécifique. D'une part, leurs parcours sont marqués par des événements de vie défavorables : maltraitance, violence ou négligences constituent la première cause de placement, puis l'abandon, les conflits parentaux, la disparition d'un parent soit par décès soit par suite d'une incarcération, la grande précarité, l'alcoolisme parental, une tentative de suicide ou la maladie mentale d'un parent, une situation de mineur isolé (le plus souvent migrant). D'autre part, si les enquêtes font apparaître une sortie du dispositif moins « brutale » que par le passé, beaucoup d'anciens bénéficiaires expriment encore un sentiment d'avoir été « jetés dans la jungle », « seuls et sans soutien », d'autant plus qu'ils étaient en foyer et non en famille d'accueil, qui offre un soutien moral, matériel et affectif plus durable que la prise en charge institutionnelle. L'accueil familial serait plus favorable à une autonomisation progressive (mais la demande de travail en accueil familial tend à décroître, notamment en milieu urbain où les difficultés de recrutement sont très élevées)². Évidemment, une majorité des anciens de l'ASE intègre le marché du travail (plutôt comme ouvrier ou employé), mais les trajectoires de grande précarité ne sont pas rares. Les actions sanitaires et sociales en amont sont donc primordiales.

2.4. Les détenus

En prison, on retrouve généralement des sujets dans des situations de vulnérabilité complexes car s'imbriquent des précarités de natures différentes³.

En 2002, l'INSEE a réalisé pour la première fois une enquête spécifique sur l'histoire familiale de 1 700 hommes adultes incarcérés. Les résultats démontrent que ces hommes étaient dans des situations de précarité multiples avec une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies, notamment sur les plans scolaire, professionnel, mais aussi familial, compte tenu de la dissolution ou de l'absence de liens familiaux (un détenu sur deux a quitté domicile familial avant 19 ans et moins de la moitié des détenus déclare vivre en couple). Ces données confirment les statistiques de l'administration pénitentiaire, qui établissaient en avril 2006 que plus de

1 - Firdion J.-M., « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », dans « Une enquête d'exception. Sans-abri, sans-domicile : des interrogations renouvelées », *Économie et Statistique*, n° 391-392, 2006.

2 - Gheorghiu M. D., « Le devenir de jeunes de Seine-Saint-Denis passés par l'Aide sociale à l'enfance entre 1980 et 2000 », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, 2009.

3 - Cette section a été rédigée en collaboration avec Sara-Lou Gerber, chargée de mission au Centre d'analyse stratégique.

11 % des personnes détenues se déclaraient illettrées et qu'à l'arrivée en prison, 17,5 % des entrants disaient ne pas avoir de protection sociale, 5 % se déclaraient sans abri, 10 % hébergées dans un domicile précaire.

De nombreux détenus intègrent donc la prison en situation de grande précarité, condition aggravée par l'incarcération. Outre la perte, le cas échéant, des revenus du travail, la précarité en détention peut résulter de la perte du soutien familial, de l'impossibilité de travailler dans certains établissements d'accueil et de la suppression de prestations perçues en milieu libre. La précarité socioéconomique demeure le statut de l'immense majorité des détenus¹.

Vient s'ajouter une vulnérabilité mentale, puisque de nombreux acteurs du système pénitentiaire soulignent une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans les prisons. L'inadaptation fréquente de leur comportement au milieu carcéral entretient l'inquiétude de leurs codétenus et le désarroi des agents de l'administration pénitentiaire, ce qui accentue leur isolement en prison.

Les résultats d'une étude menée en 2006² sur la prévalence des troubles mentaux en prison concluent au caractère massif des problèmes de santé mentale parmi les détenus : près de 80 % seraient atteints, à des degrés divers, d'au moins une pathologie psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs. Les prisons comptent plus de 40 % de détenus présentant des syndromes dépressifs, 56 % un trouble anxieux, 17,9 % un état dépressif majeur, soit quatre à cinq fois plus que dans la population générale, et 3,8 % souffriraient d'une schizophrénie nécessitant un traitement, soit environ quatre fois plus que dans la population générale³. Enfin, l'étude établit que

1 - Les procédures et les protocoles d'insertion des détenus doivent s'initier dès l'incarcération. L'emprisonnement expose à la récidive si l'état de précarité globale du sujet à l'arrivée en détention n'est pas énergiquement pris en charge et traité, dans toutes ses dimensions. L'inaction, l'indigence, la rupture des liens dégradent une estime de soi déjà altérée par le délit, le jugement et l'exclusion sociale. Il y a urgence d'organiser chez les détenus, compte tenu de ce risque et de leur vulnérabilité intrinsèque, une politique de réinsertion en amont de leur libération couplée à des stratégies de soins et de prévention en santé mentale. En effet, les sortants de prison sont confrontés à des difficultés à trouver un emploi et un logement (sur les 100 000 détenus libérés chaque année, quelque 20 000 ne trouvent pas de logement). De plus, une étude de Pierre Verger, relative au suivi de sortants de la prison des Baumettes en 2003, démontre que la mortalité par cause non naturelle est 10 fois plus élevée chez les sortants de prison pour la tranche d'âge 15/54 ans dans l'année qui suit leur sortie et que le risque d'overdose est 200 fois plus élevé qu'en population générale pour la même tranche d'âge. L'expérience démontre qu'un encadrement social et médicosocial s'avère impératif au moment critique de la libération des détenus. De plus, certains experts soulignent que le travail réalisé en amont de la sortie de l'individu est souvent réduit à néant par une levée d'écrou non anticipée (l'annonce de la libération étant faite parfois la veille au soir).

2 - Falissard B. (dir.), *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues, Rapport final – Résultats des 3 phases de l'étude et synthèse*, INSERM, janvier 2006.

3 - Les prévalences de pathologies mentales sont plus élevées que dans les études antérieures. La différence la plus nette concerne la dépression, ici retrouvée avec une prévalence de 17,9 % alors qu'en moyenne, les autres travaux la situent autour de 10 %. Les auteurs avancent plusieurs raisons à cet écart : originalité de leur méthode, ancienneté des autres études, portant de plus

31 % des détenus étaient dépendants à l'alcool et 38 % dépendants aux substances psychoactives.

Un grand nombre de troubles mentaux rencontrés en prison ne sont ni consécutifs à la privation de liberté, ni même simplement intercurrents à la détention. En effet, avant leur entrée en prison, plus du tiers des détenus ont déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique et 16 % ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques. 6 % d'entre eux ont été suivis par le dispositif de lutte contre la toxicomanie et 8 % par celui de lutte contre l'alcoolisme. Beaucoup de cas de troubles mentaux graves, notamment schizophréniques, et de troubles du comportement sont impliqués dans l'infraction ou le crime qui a motivé l'incarcération. Cet état de fait s'explique en partie par une psychiatrie désormais plus ambulatoire et une responsabilisation accrue du patient dans le suivi de ses soins. Cette évolution, pour positive qu'elle soit, conduit à ce que des malades fragiles soient plus fréquemment livrés à eux-mêmes et susceptibles d'un passage à l'acte. Les détenus atteints de troubles mentaux ont souvent connu une rupture de soins au moment où ils commettent un acte délictuel ou criminel.

Les détenus constituent par ailleurs une population à haut risque suicidaire. Précisons toutefois que, contrairement à la perception commune, le taux de suicide en prison a plutôt diminué en moyenne ces dernières années. Il demeure en 2008 au niveau préoccupant de 17,2 personnes pour 10 000. Ce taux a connu une sensible augmentation pendant trente ans, passant de 10 pour 10 000 en 1980 à 22,8 pour 10 000 en 2002, puis une baisse et une stagnation. Les populations les plus à risque sont les auteurs d'infractions à caractère sexuel et les personnes écrouées prévenues. Leur taux de suicide est de 28,8 pour 10 000 prévenus contre 13,3 pour 10 000 chez les personnes condamnées. La « sur-suicidité » carcérale en France est ainsi de l'ordre de 6,5 à 7 fois celle de la population générale. Il faudrait ajouter à ces statistiques les tentatives de suicide ainsi que les comportements auto-agressifs (automutilations, etc.). Cependant, au vu des critères de fragilité que cumule la population détenue, il serait plus juste de comparer ce chiffre au taux de suicidité de la population libre partageant les mêmes facteurs de risque, d'autant plus que le phénomène de sous-déclaration des suicides en milieu libre est bien connu. Des études qui cherchent à contourner ce double biais mettent néanmoins en évidence un effet significatif de la condition carcérale sur les risques suicidaires.

La grande majorité des personnes qui se suicident avait été repérée comme à risque¹. Ces suicides touchent donc une population déjà fragile mais le

sur des populations d'autres pays, prévalence supérieure des troubles affectifs en France par rapport aux autres pays européens dans la population générale.

1 - La ministre de la Justice Michèle Alliot-Marie a annoncé mi-août 2009 les mesures d'un Plan de prévention des suicides en prison et a confié le suivi de ce Plan d'actions au professeur Jean-Louis Terra (Centre hospitalier du Vinatier, Rhône). L'expérimentation sera lancée dans au moins trois établissements pénitentiaires et éventuellement étendue à dix établissements (un

milieu carcéral en lui-même peut expliquer le passage à l'acte. Le suicide se situe à la frontière des pathologies apportées en prison et des pathologies suscitées par elle. Ce phénomène se rencontre à l'échelle mondiale, même si les conditions de détention en France sont plus particulièrement mises en cause par certains observateurs.

La présence importante de personnes atteintes de troubles mentaux en détention résulte d'interactions étroites entre politiques pénitentiaire, psychiatrique et judiciaire. L'évolution des lois pénales est souvent analysée comme ayant un impact sur le profil des détenus avec l'article 122-1 du nouveau code pénal qui admet la responsabilité pénale des personnes dont le discernement a été altéré – mais non aboli – par un trouble psychique ou neuropsychique, ce qui laisse une grande latitude à l'appréciation du juge à partir de l'expertise psychiatrique (encadré n° 14).

Encadré n° 14 **Les Tribunaux de santé mentale au Canada**

L'emprisonnement de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales témoigne de l'insuffisante adaptation du système judiciaire français au mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie. C'est précisément en réponse à ce problème que plusieurs provinces canadiennes ont mis en place une initiative originale en créant des « tribunaux de santé mentale » consacrés spécifiquement à l'instruction d'affaires mettant en cause des personnes atteintes de troubles mentaux auteurs de délits ou de crimes mineurs.

Le premier *Mental Health Court* canadien a été installé à Toronto en 1998, suivi de celui de Saint-Jean, Nouveau-Brunswick, en 2000 et de celui d'Ottawa en 2007.

La Cour municipale de Montréal, qui bénéficie du retour des expériences antérieures, est depuis 2008 le lieu d'un projet pilote de trois ans de Tribunal de la santé mentale (TSM), objet d'une évaluation qui met en évidence les points clés du dispositif :

- l'organisation de la Cour mêle étroitement des professionnels judiciaires ayant reçu une formation spécifique à des acteurs sanitaires et sociaux. Cette équipe sait adapter le formalisme habituel des salles d'audience aux besoins des individus. Ceci permet de surcroît de réduire les inégalités de traitement de ce type de dossiers observées dans les tribunaux classiques selon que les juges sont plus ou moins sensibilisés à cette catégorie de contrevenants ;
- il est proposé aux accusés de suivre, sur une base volontaire, un Plan d'accompagnement justice et santé (PAJES), dont la réussite entraîne réduction ou élimination de la peine. L'objectif principal est d'éviter le recours à l'emprisonnement en le remplaçant par un suivi psychosocial adapté et de diminuer du même coup les risques de récidive. Les personnes doivent respecter une série d'engagements pris avec le procureur (rencontrer régulièrement

dans chaque Direction interrégionale de l'administration pénitentiaire). Elle consiste notamment en une formation des personnels pénitentiaires à la détection du risque suicidaire et à une protection d'urgence des détenus en crise suicidaire.

médecins et travailleurs sociaux, se présenter devant le juge à une fréquence définie) et reçoivent des soins et des services visant à améliorer ou à stabiliser leur état de santé mentale. Le PAJES n'est pas conçu comme une promesse mais comme une sorte d'engagement moral : en cas de manquement ou de retrait du programme, aucune sanction pénale n'est imposée mais le dossier peut se voir renvoyer devant un tribunal régulier. Ce caractère non contraignant paraît propre à influencer sur le sentiment de contrôle sur ses actes et son environnement ressenti par l'individu ;

- un hébergement est offert s'il y a lieu aux personnes sans domicile fixe ou qui ne peuvent réintégrer leur milieu habituel.

Le projet est issu d'un partenariat entre le milieu judiciaire, le réseau correctionnel et le milieu de la santé et des services sociaux. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal investit 300 000 dollars par an dans le projet (embauche de personnel, ressources d'hébergement) et une fondation en finance l'évaluation.

Le programme ne bénéficie encore que d'un an et demi de recul mais il paraît prometteur. Entre le 20 mai et le 26 novembre 2008, 375 personnes ont été référées au TSM. 56 ont accepté de participer au PAJES et 14 ont dû retrouver le système judiciaire habituel. Il existe également au Canada et aux États-Unis, sur le même modèle « thérapeutique » que les tribunaux de santé mentale, des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT).

Ce type de réflexion pourrait avec profit être transposé à la situation française, en prenant en considération – dans un système français très réticent au traitement catégoriel – que l'une des critiques adressées à ces tribunaux par certaines associations est qu'ils tendraient à stigmatiser et à contraindre à des traitements les personnes atteintes de troubles mentaux.

3. Identifier les trajectoires en santé mentale pour élaborer des réponses adaptées

L'hétérogénéité des populations en situation de vulnérabilité se retrouve dans l'hétérogénéité des prises en charge. Toutefois, ces dernières ont en commun une nécessité d'interventions ciblées, adossées au droit commun.

3.1. Prévenir les trajectoires de grande vulnérabilité

Les trajectoires de grande vulnérabilité s'expliquent par des facteurs multiples, où les déterminants individuels se conjuguent aux déterminants sociaux. Ainsi, les carences éducatives, les traumatismes dans l'enfance, l'échec scolaire, la non-qualification professionnelle, l'absence ou le débordement des compétences et habiletés psychosociales, la souffrance psychique, les

troubles mentaux, les difficultés financières, ou le déficit de citoyenneté, sont autant de facteurs de vulnérabilité.

Ces populations sont souvent confrontées à un cumul de handicaps qui les conduit *in fine* sur des sentiers ou des pentes psychosociales, dont il est difficile de se détourner. Agir sur les facteurs de vulnérabilité les plus précoces est une priorité. Dans cette perspective, il conviendrait d'identifier plus précisément les facteurs de protection ou au contraire les facteurs de risque communs aux trajectoires de vulnérabilité, afin de s'en servir comme indicateurs dans le travail de prévention. Cependant, les études dynamiques (analyse longitudinale) sont encore relativement peu développées en France, en comparaison des études transversales. De tels travaux ont pourtant démontré leur intérêt à l'étranger pour améliorer le ciblage des populations et éprouver les moyens de sécurisation des trajectoires (expérimentation et évaluation).

Parmi les facteurs de risque dans l'enfance sont souvent avancés les épisodes traumatiques, les violences familiales, les antécédents psychiatriques familiaux, les faibles niveaux d'acquisition scolaire. Les données présentées dans la première partie de ce chapitre confirment l'importance des ruptures familiales volontaires, nécessaires ou imposées, et d'autres types de ruptures, parmi lesquelles l'échec scolaire et divers traumatismes (décès, accidents, etc.). Ainsi, 25 % des personnes à la rue ont quitté le domicile familial à 16 ans et les trois quarts des détenus ont abandonné l'école avant 18 ans. Ces traumatismes subis dans la jeunesse entraînent une atteinte narcissique majeure, avec un sentiment de différence, d'infériorité, qui touche profondément la sécurité de base de l'enfant et *in fine* la confiance qu'il a en lui, dans les autres et dans la vie en général.

La pauvreté du foyer familial est également un élément déterminant puisque l'enfant naissant dans une situation de grande pauvreté vit, dès le premier jour, dans un contexte chronique d'insécurité. Cette insécurité tient certes aux conditions matérielles, mais aussi à la condition psychologique des figures d'attachement. Des personnes absorbées par leur propre passé et/ou par le stress engendré par leurs conditions matérielles n'ont souvent pas la possibilité ni les moyens d'offrir un attachement suffisamment sûr aux plus jeunes.

Ces facteurs de risque, souvent combinés, hypothèquent fortement le développement de l'enfant des points de vue cognitif, social et émotionnel. Ces constats appellent une réflexion des différents services d'action sociale, notamment sur la prévention en milieu social sensible.

Néanmoins, on ne retrouve pas toujours cette vulnérabilité dans l'histoire du sujet : la souffrance psychique peut alors être l'expression du débordement, voire de la carence des capacités des mécanismes d'adaptation et de défense du sujet. Le développement des compétences bio-psychosociales,

qui permettent à la personne de percevoir la possibilité d'un changement à partir de ses ressources propres, est à cet égard primordial.

3.2. Développer les efforts de coordination de l'ensemble des acteurs

Encore plus que pour les autres populations, la prévention et la promotion de la santé mentale des personnes vulnérables imposent une coordination des acteurs sanitaires, sociaux, économiques et politiques.

Les manifestations de la souffrance psychique associées aux situations de précarité sont une réalité du travail social au quotidien. Dès 1995, le rapport rédigé sous la direction d'Hélène Strohl et d'Antoine Lazarus attirait l'attention sur « cette souffrance qu'on ne peut plus cacher ». Cette souffrance psychosociale s'observe non pas d'abord dans les cabinets des psychiatres mais sur les lieux du social. C'est ce qu'on appelle la clinique psychosociale, qui oblige à un remaniement complet du « prendre soin » (*care*). Le travailleur social se retrouve souvent démuni devant une « sanitarisation » de son champ d'intervention et face au manque d'articulation avec les institutions sanitaires¹.

Encadré n° 15

Le Centre d'accueil et de crise, une structure intermédiaire entre psychiatrie et médecine générale

Fort du constat que certaines personnes traversant des périodes d'instabilité dites de « crise », caractérisées par une perte temporaire des repères et une incapacité à se projeter dans le futur, ne trouvent leur place ni dans les structures hospitalières générales ni dans les structures psychiatriques, des structures intermédiaires, les Centres d'accueil et de crise (CAC) se développent en France.

Les CAC sont des structures le plus souvent intersectorielles implantées au cœur de la ville, dans le but de maintenir le patient au plus près de chez lui, d'éviter sa désocialisation et de faciliter les soins de proximité. Ces centres sont une alternative pour engager avec le patient un travail sur le moment de crise qu'il traverse, dans un temps volontairement restreint.

S'inspirant de ce modèle, le Centre hospitalier général de Longjumeau a ouvert en septembre 2009 un centre d'accueil de crise, « l'Inattendu », qui compte onze lits destinés à recevoir des personnes en situation de crise qui le désirent pour

1 - Comme le rappelle Alain Mercuel, « sur le plan du ressenti et de l'expression sont mis en avant les clivages, les tensions et les dépressions, l'absence d'interlocution et de parole sur l'expérience vécue, le sentiment de dévalorisation, l'isolement, la perte du sentiment d'utilité, l'usure, la fatigue et la perte d'énergie qui se combinent à l'infini selon les situations et les trajectoires pour produire des blocages, un sentiment d'impuissance ou une détresse sans objet palpable, la plupart du temps retournée contre elles par les personnes qui en sont les victimes ».

quinze jours au maximum. Guy Dana, le psychiatre à l'origine et en charge de la structure, a voulu axer la thérapie essentiellement sur la parole, par des entretiens individuels, des ateliers et des groupes¹.

Ce lieu ouvert sur la ville – un espace culturel proposant des activités artistiques pourrait même y prendre place – doit pouvoir être un « sas » utile à la reconstruction des patients. Conçu comme un « hôtel thérapeutique », il présente un certain nombre d'atouts pour le travail d'autonomisation et de resocialisation en fournissant cohérence sociale, souplesse, modulation espace privé-espace public, une bonne différenciation du travail institutionnel et un terrain favorable à l'intersectorialité.

Parallèlement, les équipes médicales ne perçoivent pas toujours l'importance du handicap social lié aux troubles mentaux. Ces équipes ne travaillent souvent que partiellement avec les équipes sociales et lorsqu'elles le font, les deux projets sont plus juxtaposés que pensés ensemble, harmonisés et rendus compatibles. Cette juxtaposition maintient la précarité et l'exclusion. Le rôle de l'équipe sociale sera alors de réduire l'impact de ces situations qui gênent le projet thérapeutique, mais surtout d'aider les équipes de santé mentale à adapter leur mode de prise en charge.

La notion de « souffrance psychique » ouvre donc une voie où la répartition des rôles est mal définie. Or il est important que chacun des acteurs de l'aide respecte ses missions et ses rôles afin de favoriser le réapprentissage des rôles sociaux et la réinsertion, et parallèlement d'éviter une amplification de la détresse par la perte de repères.

En outre, les actions sociales, médicales et éducatives doivent être mieux articulées entre elles, pour ne pas multiplier les initiatives au risque de les rendre inefficaces (*effets iatrogènes*). En effet, un « pullulement » des actions sur un même territoire entraîne une incompétence des différents services, peut donner un sentiment de harcèlement humanitaire et favoriser le refus d'aide des individus. Le système d'assistance aux plus vulnérables ne souffre pas tant d'un problème de moyens que de coordination et de mutualisation des moyens entre le monde associatif, médical, social. Il faut formaliser cette coordination.

Des efforts pour favoriser l'articulation entre réponse psychiatrique et réponse sociale ont déjà été accomplis ces dernières années : l'importance de ces besoins a fait émerger la nécessité de rapprochements institutionnels avec leurs aspects positifs tels que le décroisement des différents champs d'intervention. Ainsi, des collaborations actives entre acteurs sanitaires et dispositifs sociaux ont pu être mises en place, avec des créations d'équipes mobiles, notamment dans le cadre du Plan santé mentale 2005-2008, qui avait retenu parmi ses objectifs de favoriser la prise en charge des besoins

1 - « Une réponse inattendue à la crise », *Longjumeau le magazine*, n° 13, octobre 2009.

de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. En outre, des expérimentations d'intégration des systèmes sanitaires et sociaux ont vu le jour dans le cadre du Plan Alzheimer et pourraient se voir généraliser (encadré n° 16).

Encadré n° 16

Vers l'intégration des systèmes sanitaires et sociaux

Les organisations médicosociales sont marquées par une fragmentation des acteurs et des financeurs, dénoncée par tous comme un obstacle à un bon fonctionnement : absence d'outil commun et de partage des prérogatives, multiplicité des lieux d'évaluation et de coordination sans lien entre eux, insatisfaction des usagers et inégalités dans l'accès aux prestations. Cela est vrai quels que soient les bénéficiaires des dispositifs : petite enfance, population précaire, malades chroniques ou personnes âgées dépendantes. Cette fragmentation amoindrit l'efficacité des politiques en santé publique et génère des surcoûts et des gaspillages considérables. Diverses expériences, généralement dans le cadre de programmes de recherche-action, ont démontré que la solution optimale réside dans l'intégration des systèmes sanitaires et sociaux.

C'est l'option que propose le Plan Alzheimer au travers des Maisons de l'autonomie et de l'intégration pour l'Alzheimer (MAIA), mais ce dispositif pourrait se décliner dans bien d'autres champs médicosociaux, selon six conditions :

1. La concertation des partenaires

Elle a pour finalité le partage des prérogatives faisant que chaque intervenant auprès d'un bénéficiaire représente l'ensemble des institutions actives dans le champ. Cette concertation doit se faire au niveau national (instances politiques et ministérielles), au niveau départemental (échelon souvent pertinent pour les actions médicosociales) et au niveau local (où elle réunit les acteurs de terrain).

2. Le guichet unique

Quelle que soit leur porte d'entrée, les usagers ont accès à l'ensemble du dispositif médicosocial, sans être obligés de se référer à un autre point d'accès. Ce concept (pas nécessairement matérialisé par un lieu) garantit que le point d'accès ne conditionne pas les prestations offertes et est amplifié par le partage des prérogatives.

3. La mise en place d'un processus de gestion par cas

Diversément appelé *social-management*, *care-management* ou *case-management*, ce processus repose sur une démarche proactive et une guidance déployées auprès de la population cible du dispositif médicosocial. Chaque « gestionnaire de cas » est en charge du pilotage de l'action médicosociale auprès d'un certain nombre de personnes (une quarantaine dans les expériences gérontologiques) dont il est le référent direct. Son action s'étend à l'ensemble du champ par le partage des prérogatives. De fait, il ne constitue pas une couche supplémentaire de la fragmentation : il est au contraire en position de défragmenteur.

4. Outil unique d'évaluation

La fragmentation produit une multiplicité d'outils d'évaluation et une redondance des procédures d'évaluation des besoins. Il est nécessaire de produire un outil

unique d'évaluation (bénéfice de la concertation) et de minimiser le nombre d'évaluations (bénéfice du partage des prérogatives). Cet outil d'évaluation est en outre capable d'identifier au sein de la population les personnes éligibles au dispositif médicosocial et à ses différents niveaux d'ampleur.

5. Un plan de services individualisé

Fruit de l'évaluation, ce plan de soins et d'aides personnalisés s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques, partagées par l'ensemble des professionnels. Il est mis en place et suivi, notamment dans les cas complexes, par les gestionnaires de cas.

6. Un système d'information partagé

Tout en respectant les éventuels secrets professionnels légitimés par l'éthique, il est indispensable. Son contenu est déterminé par le processus de concertation.

Cet encadré a été rédigé par Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie à l'Hôpital européen Georges Pompidou et membre du groupe de travail « Santé mentale et déterminants du bien-être »

Dans la majorité des cas, l'accès aux soins s'organise de préférence en faisant venir les personnes vers des lieux de consultation en ambulatoire, comme dans les SAU (Services d'accueil et d'urgences), les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) et les CMP (Centres médico-psychologiques). Cependant, les populations en situation de vulnérabilité ressentent fréquemment des difficultés à exprimer leurs problèmes, à se détacher de l'emprise des difficultés matérielles, donc à demander de l'aide. Favoriser le dialogue conduit à trouver un juste équilibre entre les modalités de proximité et suppose souvent que l'on travaille au cœur de leur espace. Ces prises en charge « de première ligne » sont nécessaires, mais elles ne recouvrent pas l'ensemble des besoins et attentes des personnes en situation de vulnérabilité. Hors des situations qualifiées d'urgence, des problèmes subsistent, qu'il convient de considérer, sans quoi les périodes critiques sont amenées à se reproduire.

3.3. Favoriser les politiques d'aide à la réhabilitation et à la réinsertion

Une meilleure prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de vulnérabilité doit pouvoir améliorer leur qualité de vie et leur permettre d'initier un projet de vie les rendant capables de se réinscrire dans la société et de participer à son développement.

Un premier type de réponses repose sur des dispositions de droit commun qui visent à agir sur les situations de vulnérabilité. L'amélioration de la santé mentale passe alors par une amélioration de la situation de la personne, par une politique de réduction des dommages. Ceci s'illustre, par exemple, dans le recouvrement des droits sociaux et de la couverture maladie. Au

cours des dernières années, le législateur a ainsi mis en place des dispositifs solidaires essentiellement économiques, parmi lesquels on peut citer le RSA, l'allocation de parent isolé (API), l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), la couverture maladie universelle de base (CMU), ou encore la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Un rapport de l'IGAS posait en 2005 la question de l'intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien et interrogeait la nécessité de détecter les raisons de non-demande ou non-recours, comme préalable à toute action sociale. Le sujet est particulièrement important dans le domaine de l'accès aux soins, car la santé n'est pas la priorité de ceux qui sont en situation de vulnérabilité, alors que leurs besoins en la matière sont criants. De nombreuses études ont montré récemment que le taux de non-recours à la CMUC atteignait environ 19 % des bénéficiaires potentiels et 80 % de non-demandes de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Ces dispositifs ont pourtant été conçus pour atténuer les freins financiers à l'accès aux soins et participer à la lutte contre les exclusions. Le non-recours doit amener à s'interroger sur les pratiques, l'accueil et la qualité de l'information dans les administrations. De surcroît, une récente étude menée par le fonds de financement de la CMU a démontré par *testing* qu'un quart des professionnels de santé exerçant à Paris (25,5 %) refusait de soigner les patients les plus défavorisés¹. Enfin, certains pointent le fait que les modes de fonctionnement des mutuelles et de l'assurance sociale en France demeurent largement méconnus. Cette situation est d'autant plus critique pour les personnes qui ne travaillent pas et ne bénéficient donc pas de l'aide d'un employeur : un important effort de communication doit être entrepris afin que chacun puisse se sentir légitime à bénéficier de ces protections sociales.

Ces stratégies de réduction des dommages se voient souvent reprocher de privilégier l'assistance et de délaisser l'aide à la réhabilitation, ce qui maintiendrait les personnes concernées dans une position de dépendance. En s'appuyant sur la compréhension des processus d'inclusion et d'exclusion, on peut développer des politiques de réadaptation, de réhabilitation puis de réinsertion.

À ce titre, renforcer les stratégies préventives qui visent à gérer la période charnière de la fin de prise en charge des jeunes par l'Aide sociale à l'enfance paraît nécessaire. Dans cette perspective, l'accompagnement psychologique a toute sa valeur mais n'accomplit pas tout : il convient de ne pas « psychologiser » des problèmes socioéconomiques qui appellent des réponses concrètes, notamment en matière d'emploi et de logement avec un fort besoin d'autonomie de ces jeunes.

1 - Les refus de soins concernent ainsi un tiers des dentistes (31,6 %) et un médecin généraliste sur cinq (19,4 %). Les gynécologues médicaux et les ophtalmologues sont les plus concernés avec 38 % et 28 % respectivement.

De la même manière, les personnes souffrant de troubles mentaux rencontrent de nombreuses difficultés pour s'insérer ou se réinsérer dans la société, que ce soit au niveau professionnel, du logement, ou au niveau social. Les situations de vulnérabilité entraînent en effet la destruction de liens sociaux et familiaux, phénomène qui alimente à son tour la précarité. En outre, l'isolement social joue comme un frein, en diminuant l'énergie relationnelle nécessaire pour aller vers l'autre, ce qui peut entraîner des désinsertions sociales.

On constate que beaucoup de personnes souffrant d'une détresse psychologique sont exclues du travail et parallèlement qu'un grand nombre de personnes qui ne travaillent pas souffrent de problèmes de santé mentale, en particulier d'addiction (alcool et drogue), mais également de dépression et de troubles anxieux. Ce double constat incite à la fois à favoriser le maintien au travail et à renforcer les programmes d'activation visant ceux qui ont quitté le marché du travail¹.

En outre, les personnes en situation de vulnérabilité ayant une image négative d'elles-mêmes, une estime de soi effondrée, il s'agit de leur redonner confiance afin de les inciter à utiliser leurs compétences. En effet, on peut réveiller chez les personnes en souffrance psychique des compétences antérieurement présentes, non utilisées et non utilisables dans l'instant. Ces facteurs de protection doivent être réactivés. Faire découvrir aux personnes même en grande difficulté leurs habiletés ignorées ou enfouies représente un « levier thérapeutique » très efficace et conduit à une approche positive et valorisante.

Enfin, il convient de lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les personnes vulnérables et *a fortiori* celles souffrant de problèmes de santé mentale. La manière dont l'ensemble de la population se représente ces personnes est déterminante car le regard jeté sur elles conditionne pour beaucoup le regard qu'elles portent sur elles-mêmes. Reconnaître et éviter le rejet, éviter le regard disqualifiant, éviter la mise à distance, sont autant de nécessités. De plus, des mesures visant à interdire toute discrimination s'imposent, notamment celles favorisant un anonymat et une meilleure accessibilité des services médicosociaux proposés.

1 - Voir les travaux de recherche, notamment sur les obstacles, déterminants et programmes de retour au travail, menés par le Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), une organisation affiliée au Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, et à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke.

Le manque de connaissances scientifiques sur les populations vulnérables, aussi bien concernant leurs parcours, leurs besoins que leurs pathologies et leur retentissement, rend difficile l'action publique, qui est pourtant une priorité, tant les phénomènes de « trappes » à exclusion amoindrissent les possibilités de rétablissement spontané ou progressif.

Recommandations

Sont proposées différentes pistes d'action visant soit l'ensemble des populations à risque ou en situation de vulnérabilité soit les besoins spécifiques de chacune.

- Renforcer les initiatives récentes en matière d'études longitudinales qui permettent d'identifier les facteurs de protection et de risque des grandes trajectoires de vulnérabilité.
- Développer la prévention le plus en amont possible et plus particulièrement en milieu social sensible. Celle-ci doit être beaucoup plus large qu'une simple détection par les facteurs de risque. Il s'agit notamment de travailler sur les facteurs de protection avec une approche par les compétences psychosociales dès le plus jeune âge afin de favoriser les capacités d'adaptation, de résilience face aux événements de la vie. Dans cette perspective, il conviendrait de proposer d'autres formes d'interventions aux adolescents afin de développer leur estime de soi, la communication et prévenir le sentiment d'isolement.
- Renforcer les stratégies préventives qui visent à gérer la période charnière de la fin de prise en charge des jeunes par l'Aide sociale à l'enfance. Comme cela est déjà le cas mais semble à généraliser, au moment de la sortie des placements, un prolongement des soutiens et des accompagnements semble nécessaire.
- Renforcer les « programmes d'activation » visant les personnes très éloignées de l'emploi qui favorisent un retour à l'emploi optimal (politiques de retour graduel à l'emploi, économie sociale et solidaire, entreprises de réinsertion, etc.).
- Favoriser le recours aux soins et leur continuité. Pour cela, l'application du dispositif de la CMU devrait être optimisée. Des dispositifs de sanction sont prévus par la loi du 27 juillet 1999. Les pratiques de *testing* permettent d'objectiver ce problème et incitent les professionnels de santé à respecter les tarifs conventionnels et à accepter les patients bénéficiaires de la CMU.

- Encourager les politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes en mauvaise santé mentale.
- Œuvrer pour le décloisonnement des secteurs d'aide sociale et sanitaire vers une meilleure coordination de leurs actions. La multiplication des actions sur un même territoire peut entraîner une moindre compétence des services et un sentiment de harcèlement humanitaire susceptible de conduire au refus d'aide.
- Optimiser la prévention en milieu carcéral et les politiques de réinsertion en amont de la libération des détenus et à leur sortie pour diminuer les risques de récidive.
- Concernant les migrants et leurs descendants, développer la formation d'un maximum de spécialistes de la santé mentale au niveau national à la « compétence culturelle » pour permettre une facilitation de la communication sans pour autant entrer dans une « culturalisation » du soin.

Troisième partie

Santé mentale : le rôle clé des acteurs non sanitaires

Cette troisième partie s'interroge sur les modalités d'une stratégie de santé publique en santé mentale (« santé mentale publique ») qui cherche à peser sur l'ensemble des déterminants (individuels, familiaux, collectifs et sociaux) et passe par un renforcement des facteurs de protection et par la réduction des facteurs de risque.

Une telle démarche appelle l'actualisation des possibilités d'action des différents acteurs, sanitaires et non sanitaires (autorités locales, employeurs, managers, enseignants, etc.). Cette responsabilisation des acteurs bénéficierait particulièrement aux jeunes générations, dans l'accueil de la petite enfance, le parcours scolaire et l'entrée dans la vie adulte (chapitre 6), aux actifs, sur le marché du travail et au sein des entreprises et des fonctions publiques (chapitre 7), pour accompagner dans le vieillissement une population toujours plus nombreuse (chapitre 8).

À une « politique unique » en santé mentale, il semble plus judicieux de préférer un panel de mesures sectorielles qui, prises dans leur ensemble, font système. C'est de cette synergie que se nourrira la cohérence d'une politique de santé mentale efficiente.

Au regard de certains pays exemplaires en matière de santé mentale, il apparaît que la France peut s'appuyer sur plusieurs politiques publiques déjà existantes, même si elles n'ont pas été conçues initialement dans ce but. Œuvrer pour la santé mentale de tous ne suppose pas nécessairement des dépenses supplémentaires mais plutôt un redéploiement de celles-ci.



Un bon départ dans la vie : doter chaque jeune d'un capital personnel

Investir tôt dans les personnes pour un bon départ dans la vie est une perspective aujourd'hui partagée. En économie, le courant du capital humain et de la formation des compétences étudie les bénéfices de long terme d'un investissement dans les personnes en âge préscolaire (1.) et scolaire, avec un intérêt nouveau pour les compétences émotionnelles, sociales et cognitives (2.). Cet investissement est bénéfique pour les individus – il améliore leur bien-être durablement – comme pour la collectivité – avec un basculement des financements publics et des mécanismes de l'État-providence du curatif vers le préventif, de la compensation des difficultés vers l'activation des facteurs de promotion et de résilience.

L'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte appellent une attention spécifique : trop de souffrances inutiles sont sans doute éprouvées. Les jeunes de 15 à 19 ans se présentent comme un « groupe anxieux ». Des remèdes, au moins partiels, peuvent être envisagés (3.).

1. Accueil et éveil de la petite enfance

Les modes de garde de qualité et les interventions précoces en faveur de la petite enfance, notamment auprès des parents, sont aujourd'hui des instruments privilégiés pour une trajectoire favorable de développement.

Les travaux récents permettent de mieux analyser les mécanismes de formation des inégalités et, partant, d'optimiser les politiques d'investissement dans les individus selon les étapes du cycle de vie. Les conditions de développement dans la petite enfance seraient particulièrement déterminantes de la santé physique et mentale, des compétences et de l'emploi des individus à l'âge

adulte. La modélisation de retour sur investissement en matière de capital humain insiste, au regard des données recueillies, sur l'effet « boule de neige » des inégalités et sur le caractère multiplicateur des investissements au plus jeune âge : les conditions de développement précoce vont déterminer les bénéfices tirés ultérieurement de l'éducation scolaire et de la formation tout au long de la vie.

1.1. Accueil du jeune enfant : une double exigence quantitative et qualitative

Si la plupart des pays développés consacrent des moyens importants à l'atteinte des objectifs associés à la petite enfance, la France se distingue par l'ampleur de l'effort financier consenti et par la très grande diversité des dispositifs mis en œuvre. Les évaluations les plus récentes (J. Voisin, IGAS) font état d'un effort financier de la collectivité pour la garde des enfants de moins de 3 ans d'au moins 11,7 milliards d'euros. Le premier financeur est la branche famille de la Sécurité sociale (8,5 milliards d'euros, y compris les dépenses de la Mutualité sociale agricole), suivie des collectivités locales (2,3 milliards d'euros) et de l'État (1 milliard d'euros).

L'objectif quantitatif de création de places d'accueil est de plus en plus associé à un objectif qualitatif. De nombreux travaux en sociologie, psychologie, neurobiologie et sciences cognitives montrent que les inégalités s'établissent dès la petite enfance : homogénéiser le milieu d'apprentissage dès l'âge préscolaire est une dimension essentielle des politiques d'égalité des chances³. Les bases cognitives, *i.e.* l'intelligence et les capacités futures d'apprentissage, mais aussi les dispositions relationnelles (capacité de coopération, d'empathie ou, au contraire, agressivité) et l'équilibre émotionnel (résistance au stress, à la dépression, santé mentale) se construisent précocement. Il s'agit de mieux tenir compte d'une période sensible de développement et de socialisation du sujet, du stade prénatal à 6 ans. L'empreinte précoce des modes de socialisation est durablement déterminante dans le rapport au langage, aux apprentissages et aux institutions scolaires. Du point de vue organique, la phase durant laquelle l'enfant développe le plus ses connexions cérébrales est à mettre à profit : la plasticité cérébrale est grande avant 6 ans et atteint son maximum avant 4 ans.

La fréquentation d'un lieu de garde de qualité peut aider les familles exposées au stress lié à la précarité et permettre une respiration des parents, en leur offrant la possibilité d'un temps pour soi. La garde uniquement familiale peut être enfin un facteur de reproduction des inégalités. L'impact des conditions de développement dans la période prénatale (grossesse) et périnatale (autour de la naissance) apparaît également significatif.

Les enfants des familles défavorisées sont ceux qui gagnent le plus à fréquenter des services de garde de qualité : de nombreuses études longitudinales

ou comparatives menées dans l'aire OCDE – pour la plupart étrangères – le démontrent :

- la première étude longitudinale française sur le développement des enfants et des jeunes de 0 à 20 ans (ELFE – Étude longitudinale française depuis l'enfance – sous la responsabilité principale de l'INED) a été testée à l'automne 2007. La cohorte étudiée est constituée de 20 000 enfants nés à certaines périodes définies de l'année 2009, qui seront régulièrement suivis pendant vingt ans ;
- l'étude longitudinale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), visant plus de 20 000 enfants de l'ensemble du Canada et leurs parents (2001) : les services de garde peuvent être bénéfiques aux enfants issus de milieux plus désavantagés, à condition que ces services soient de grande qualité et que la garderie soit fréquentée sur de longues périodes ;
- l'étude comparative « Unequal opportunities and the mechanisms of social inheritance », par Gøsta Esping-Andersen (2004)¹ : le modèle nordique de service public de la petite enfance afficherait une nette supériorité. Les enfants danois, suédois ou norvégiens, nés de parents peu qualifiés, attestent de chances plus importantes de fréquenter le lycée que les enfants de même condition en Allemagne, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Les tests cognitifs à 15 ans font apparaître que la fréquentation d'un mode de garde de type « crèche » améliore significativement le score obtenu.

Un effort de formation est entrepris pour les assistants maternels, qui accueillent les enfants à leur propre domicile, et doivent préalablement obtenir un agrément sur décision du président du Conseil général, après vérification par le service de protection maternelle et infantile des conditions d'accueil (examen médical, environnement familial, taille et salubrité du logement, etc.).

Depuis le 1^{er} juillet 2007, les assistants maternels qui obtiennent l'agrément doivent suivre une formation obligatoire de 120 heures, dont 60 heures avant d'accueillir des enfants. La formation comprend quatre volets : le développement, les rythmes et les besoins de l'enfant ; la relation parent-enfant autour de l'élaboration du projet éducatif ; les aspects éducatifs, dont l'accès à l'autonomie, la découverte et la socialisation de l'enfant ; le cadre institutionnel de leur travail. Les assistants maternels non permanents peuvent postuler au CAP Petite enfance par la validation des acquis de l'expérience (VAE) dès lors qu'ils ont ces trois ans d'activité ou d'expérience professionnelle.

1 - Esping-Andersen Gøsta, « Unequal opportunities and the mechanisms of social inheritance », in Corak M. (ed.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press, 2004, p. 289-331.

1.2. Soutenir la fonction parentale

En France comme dans de nombreux pays développés, les politiques publiques axées sur le bien-être et l'éducation de l'enfance et de la jeunesse confèrent aux parents un rôle croissant. Depuis les années 1970, il est de plus en plus reconnu que la prévention appelle une réorientation de l'action sociale en direction des familles. Depuis une quinzaine d'années, l'investissement accru des pouvoirs publics dans des dispositifs visant à préparer et soutenir les parents dans leurs soins et leurs tâches éducatives auprès de leurs enfants est ainsi manifeste. Cette évolution traduit une réorientation durable de l'action publique. D'une stratégie de prise en charge essentiellement professionnelle et institutionnelle des difficultés de la petite enfance et de la jeunesse, on est passé à une stratégie d'aide et de soutien aux familles dans leurs tâches éducatives. Le soutien public des relations familiales n'est pas une chose nouvelle en soi, les différentes aides publiques (prestations familiales, prestations d'action sociale, congés parentaux, avantages fiscaux) y contribuant déjà directement ou indirectement. Pour autant, cette stratégie prend corps dans un renouveau des modes d'action sociale et d'assistance éducative à destination des familles : développement des interventions dans le champ du conseil, de la formation et du soutien des parents et futurs parents, des services de médiation familiale ainsi que de médiation culturelle ou sociale entre les familles et les différents services publics.

Pour ces interventions, de nombreuses modalités sont possibles : groupes de paroles, lieux d'accueil enfants-parents, etc. Une recherche-action initiée en région parisienne consiste à intervenir, de façon précoce, pendant la grossesse et jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Cette étude nommée « CAPEDP » (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience) est menée à l'initiative d'équipes pédopsychiatriques (l'investigateur principal est le docteur Antoine Guédeney, chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital Bichat-Claude Bernard).

L'intervention CAPEDP vise à promouvoir les comportements de santé positifs (alimentation, santé) durant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant, les soins adaptés à l'enfant, le développement personnel de la mère (contacts avec le système de soins, avec l'environnement social et professionnel), la santé chez la femme enceinte (alcool, tabac, drogues, alimentation), les compétences parentales, une relation mère-enfant de qualité, le recours aux aidants naturels, le réseau sanitaire et social de la petite enfance, l'accès aux crèches, à la formation professionnelle et au monde du travail, l'apprentissage des manières de gérer les comportements difficiles.

L'étude menée actuellement en Île-de-France permettra d'évaluer la valeur ajoutée d'une intervention codifiée sur la mise en place des premiers liens, le développement et la santé de l'enfant. La connaissance des publics et l'évaluation sont des questions centrales pour une analyse de l'impact de

ces dispositifs sur le développement et la socialisation de l'enfant, sur les pratiques parentales et la qualité des relations parents-professionnels, enfin sur la satisfaction des usagers et des bénéficiaires. Des modes d'intervention perçus comme « intrusifs » dans l'intimité des familles peuvent susciter un embarras chez certains professionnels, pour partie imputable à un déficit de diagnostic, d'évaluation et d'expérimentation dans le contexte français.

L'étude CAPEDP apparaît ainsi représentative des nouvelles interventions globales : il s'agit de travailler à la fois sur le retour vers l'emploi, la santé, la parentalité, et le recours aux modes de garde. Ces interventions sont orientées vers un ensemble cohérent d'objectifs.

2. Développer les compétences cognitives, émotionnelles et sociales lors de la scolarité

L'ensemble du parcours scolaire présente des opportunités en matière de prévention et de promotion de la santé mentale. De par ses fonctions, le temps passé dans son enceinte, l'investissement personnel qu'elle exige, l'école est un espace privilégié pour répondre aux besoins en santé mentale des jeunes et pour favoriser leur épanouissement.

En effet, si la famille reste le premier lieu du développement psychoaffectif de l'enfant, l'école primaire est un espace d'accueil qui doit s'efforcer de garantir les conditions de bien-être de tous les élèves et un espace d'éducation qui doit être capable de développer les actions en faveur de la santé mentale. Dans cette perspective, les différents acteurs qui y exercent vont être appelés à contribution, et ce au cœur même de leur identité professionnelle et de leurs missions.

Une des entrées de la prévention généraliste en milieu scolaire est le développement de compétences complémentaires à celles délivrées par les enseignements traditionnels. De nombreux travaux, notamment anglo-saxons, insistent sur l'importance de nouveaux axes de la pédagogie scolaire pour le développement d'un « capital personnel », censé favoriser la cohésion et l'intégration sociales, le développement des dispositions à l'apprentissage, de l'identité et de la confiance en soi, comme la préparation à la vie en collectivité.

D'une grande diversité (1.), ces compétences pourraient être source de nombreux bénéfices (2.). Cependant, force est de constater que le système éducatif français tarde à les intégrer, contrairement à d'autres pays (3.).

2.1. Quelles sont les compétences clés en matière de santé mentale ?

Ces compétences peuvent être nommées psychosociales, cognitives-émotionnelles-sociales, transversales ou informelles, selon l'étendue du champ qu'elles recouvrent.

Le terme le plus usité est celui de compétences psychosociales, qui a été défini dès 1993 par l'OMS comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». Autrement dit, « c'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social ».

L'organisation internationale différencie ainsi dix compétences, présentées par paires :

- savoir résoudre les problèmes et prendre des décisions¹ ;
- avoir une pensée créative et une pensée critique² ;
- savoir communiquer efficacement et gérer adéquatement ses relations interpersonnelles³ ;
- avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres⁴ ;
- savoir gérer son stress et ses émotions⁵.

Initialement dédiés aux toxicomanes et aux adolescents en proie à des difficultés, les programmes de développement des compétences psychosociales se sont progressivement généralisés dans les cursus scolaires nord-américains, notamment sous l'impulsion de l'OMS.

1 - Ces compétences doivent permettre de faire face aux situations de la vie courante en évitant le stress excessif. Les programmes réalisés dans cette perspective invitent les enfants à analyser une situation problématique, à partager leurs interrogations, à envisager l'ensemble des possibles et à prendre une décision de manière réfléchie et posée.

2 - Ces aptitudes, non sans lien avec les premières précitées, paraissent particulièrement adaptées aux demandes actuelles du marché du travail. De surcroît, à l'heure du tout médiatique, du tout numérique, un esprit critique semble fondamental afin d'analyser la multitude d'informations dont disposent les plus jeunes. De nombreux programmes en milieu scolaire ont pour but d'instaurer un dialogue avec les élèves afin de développer leurs moyens de résister aux pressions des pairs.

3 - Savoir s'affirmer mais également demander de l'aide, développer et entretenir son réseau social sont autant d'enjeux stratégiques des relations sociales dès le plus jeune âge.

4 - Les enfants doivent apprendre à avoir confiance en eux, à bien connaître leurs atouts et leurs faiblesses, en vue de réussir dans une tâche. De plus, ils sont initiés aux techniques de négociation dans un respect mutuel.

5 - Les élèves sont invités à reconnaître, à verbaliser leurs émotions et celles des autres, et à en comprendre les éléments déclencheurs.

Cette approche éducative veut redonner toute sa place à la dimension sociale de la promotion de la santé mentale. Essentiellement axée sur le développement de la valorisation personnelle, elle s'inscrit dans la lignée des travaux sociologiques anglo-saxons qui établissent l'estime de soi comme facteur essentiel du bien-être et de l'équilibre psychologique des individus. Au contraire, une mésestime personnelle entraîne bien souvent des processus de désaffiliation et d'échecs pour ces adultes en devenir. Pour beaucoup, c'est au cours de l'enfance que va se forger une image de soi qui demeurera relativement stable au cours de la vie. Il faut alors valoriser l'enfant et ses productions à chaque étape de son développement.

Le champ des compétences cognitives, émotionnelles et sociales recouvre en grande partie celui des compétences psychosociales en y intégrant les méthodologies cognitives et métacognitives. Il s'agit là encore d'apprendre à être, ce qui renvoie aux aptitudes personnelles (gestion du stress, des émotions, développement de la conscience et confiance en soi), d'apprendre à vivre ensemble, ce qui implique les aptitudes sociales (communication, négociation, affirmation du soi et empathie), mais également d'apprendre à savoir et d'apprendre à apprendre.

Par ailleurs, d'autres compétences informelles ou transversales sont souvent louées pour leur adéquation aux enjeux de notre société, telles que l'éducation culturelle et artistique, l'éducation à l'image, à la diversité ou à l'environnement. L'éducation à la diversité semble par exemple fondamentale pour des enfants en pleine construction identitaire. Destinée à tous les élèves, elle permet de dépasser les logiques d'identification à la majorité, de privilégier les ressemblances pour travailler en groupe, sans stigmatiser les différences : le pluralisme devient valeur et finalité éducative. Ce type d'enseignement peut se dérouler dans le cadre d'activités périscolaires (encadré n° 17), mais également au sein de l'école primaire, si les aménagements horaires le permettent.

Encadré n° 17

Les bienfaits des activités périscolaires pour la santé mentale

Le « modèle éducatif français », et principalement l'école primaire, intègre une large part de l'éducation non académique laissée aux associations, notamment sportives. La France propose aux enfants un système d'activités périscolaires jugé de qualité et diversifié, même si des disparités territoriales sont constatées, puisqu'il est géré par les municipalités. Les activités périscolaires sont souvent d'utiles recours pour les parents qui rencontrent des problèmes de garde. Mais qu'elles soient sportives ou artistiques, ces activités sont avant tout bénéfiques aux enfants, à la fois pour leur épanouissement et leur estime personnels, pour le développement de leur créativité et de leurs compétences sociales...

La recherche s'intéresse de plus en plus au rôle de l'activité physique dans la santé mais également dans le bien-être. Une activité physique régulière augmente

ainsi l'espérance de vie et en améliore la qualité. Diverses études démontrent que la pratique physique contribue à améliorer la santé mentale en stimulant le goût de vivre, en réduisant l'impact du mauvais stress, en diminuant le niveau d'anxiété et de la dépression légère, en augmentant l'estime de soi, en permettant d'acquérir un meilleur équilibre psychologique et émotionnel et en créant des liens d'amitié ou des réseaux de support.

Si les bienfaits du sport concernent toutes les catégories d'âge, la pratique régulière d'activités physiques durant l'enfance et l'adolescence est particulièrement associée à une meilleure estime de soi et à une réduction de l'anxiété et de la dépressivité. Cependant, certains effets négatifs peuvent se révéler : si les activités sportives de compétition peuvent améliorer l'estime de soi des jeunes compétiteurs, elles sont également source de souffrances lorsque les attentes ne sont pas comblées. Pour y remédier, beaucoup préconisent d'abandonner le système de compétition pour favoriser l'esprit de club et donc la coopération et la solidarité, des valeurs essentielles pour l'avenir des plus jeunes.

Dans la même perspective, la pratique d'une activité artistique, notamment d'un instrument de musique, est recommandée dès le plus jeune âge. Elle permet de développer la créativité et l'expression émotionnelle, mais également la coopération et l'écoute des autres, lorsqu'elle se pratique dans des orchestres. Il s'agit là encore d'encourager l'émulation et non la compétition.

La réussite d'*El Sistema* au Venezuela est un bon exemple de ce qu'une éducation artistique intelligemment délivrée peut réaliser. En 1975, *El Sistema* naît de la conviction d'un homme, José Antonio Abreu, économiste politique et chef d'orchestre, pour qui l'éducation artistique est la meilleure réponse à la violence des gangs dans les quartiers pauvres de Caracas (les « *barrios* »). Il initie alors un premier groupe de douze enfants à la musique et à son « système » social (chœurs et orchestre), qui exigent discipline, travail, écoute des autres, responsabilité. On compte aujourd'hui 265 000 enfants de 2 à 16 ans répartis dans les 270 centres que compte *El Sistema*. L'enseignement y est gratuit, grâce aux subventions municipales, délivré chaque après-midi après l'école et de manière assez intensive (quatre heures par jour). La méthode éducative est toujours la même : il ne s'agit pas tant d'atteindre la perfection technique que d'apprendre à jouer ensemble. Le succès de l'initiative est indéniable : les enfants qui en ont bénéficié présentent moins de risques de délinquance que les autres et de meilleurs résultats scolaires. En outre, la réussite artistique ne fait aucun doute pour ceux qui ont eu la chance d'assister à une représentation de l'Orchestre des jeunes Simon Bolivar, sommet de la pyramide d'*El Sistema*, qui multiplie les tournées internationales.

2.2. Pour quels bénéfiques potentiels ?

Des bénéfiques éducatifs

Les progrès des sciences cognitives, des neurosciences et des sciences sociales ont amené une meilleure connaissance des modalités

d'apprentissage et de développement de l'intelligence. D'aucuns reconnaissent les bienfaits des compétences psychosociales en matière éducative. Une plus grande autonomie, confiance en soi, créativité, capacité d'adaptation sont autant d'éléments clés en vue de la réussite scolaire.

En outre, la mise en place d'un climat scolaire agréable et détendu est propice à l'apprentissage.

Enfin, à l'issue du parcours scolaire, chaque enfant peut espérer avoir acquis, d'une part, la compétence d'apprendre à apprendre, et d'autre part, la capacité et la volonté d'assimiler de nouvelles compétences spécifiques pour s'adapter aux évolutions qui jalonnent son parcours universitaire ou professionnel.

Des bénéfiques sociaux

Les habilités sociales acquises pendant la période préscolaire et scolaire facilitent l'intégration sociale des enfants en développant les normes de civilité, le contrôle et la modulation des émotions ou encore les capacités d'attention et de concentration (encadré n° 18).

De nombreuses études démontrent par exemple qu'une bonne maîtrise de ses émotions dès le plus jeune âge réduit les problèmes d'adaptation, qui s'accompagnent de rejet par les autres élèves, de victimisation, de découragement vis-à-vis de l'école. Ces parcours se terminent trop souvent par des décrochages scolaires et par des déviances sous l'influence de pairs négatifs.

Enfin, ces compétences sont importantes en termes de cohésion et d'homogénéité sociale, car elles peuvent permettre de compenser l'inégalité des contextes de socialisation des enfants.

Encadré n° 18

Exemples de programmes étrangers visant à développer les compétences cognitives-émotionnelles-sociales

L'expertise collective INSERM publiée en 2004 sur « les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent » dresse un tableau des différents programmes de prévention des troubles de conduite menés dans les pays anglo-saxons. Ils semblent présenter des résultats positifs, mais il faudrait les expérimenter en France en prenant soin de les adapter à notre contexte culturel.

Parmi les programmes visant des enfants et adolescents âgés de 3 à 16 ans, les interventions centrées sur les jeunes cherchent essentiellement à développer les compétences sociales, cognitives et émotionnelles telles que les capacités de résolution de problèmes, les attitudes prosociales, la gestion de la colère, la compréhension des émotions, les capacités de raisonnement.

Cette stratégie d'intervention peut être associée à d'autres méthodes dans le cadre d'un programme multimodal. Ainsi, un certain nombre de ces programmes, comme *Fast Track* aux États-Unis, incluent des interventions ciblant les parents. Elles correspondent le plus souvent à des formations qui favorisent le développement de capacités de régulation émotionnelle, la mise en place d'une discipline positive et d'une meilleure communication.

En outre, face au constat que les parents ne sont pas les seuls acteurs dans ces stratégies préventives, surtout lorsque les enfants grandissent et se détachent progressivement d'eux, des formations peuvent aussi être proposées aux enseignants. Elles ont pour but de mettre en place un enseignement coopératif, un management proactif, et de développer les capacités des enseignants à résoudre les problèmes des élèves.

Le *Seattle Development Project* est ainsi un programme – au cours des six années d'école primaire – qui, en plus de chercher à développer les compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants, propose des formations aux enseignants et parents afin d'influer sur les facteurs de risque pour les enfants (problèmes de comportement, rejet des pairs, échec scolaire, pratiques éducatives inappropriées...) par le renforcement des liens avec la famille et l'école. Les enseignants participent à une formation abordant management proactif, enseignement interactif et apprentissage coopératif, développement des capacités cognitives et de refus de l'enfant. Durant tout le cycle du primaire, des enseignements sont aussi offerts aux parents au sein de l'établissement scolaire dans le but d'améliorer leurs capacités de régulation, de support, de soutien scolaire.

Les évaluations ont démontré que les élèves ayant bénéficié de l'ensemble du programme ont obtenu des résultats positifs dès la 5^e année de primaire en matière d'engagement, d'attachement à l'école, de lien et de communication familiale, d'implication. Parallèlement, les capacités éducatives des parents se sont révélées significativement supérieures. Un suivi effectué à l'âge de 17-18 ans permet d'observer des effets positifs sur les comportements violents et délinquants, l'abus d'alcool et l'engagement au niveau scolaire.

Enfin, certains programmes de prévention cherchent à agir sur l'environnement. Deux méthodes ont été validées dans ce cadre : les interventions visant à améliorer l'environnement scolaire, par exemple le *School Transitional Environment Project*, et la mise en place de tuteurs adultes, ou « *mentoring* ».

Ces programmes multimodaux présentent une plus grande efficacité que les programmes unimodaux, surtout lorsqu'ils ne font pas intervenir seulement les parents et qu'ils sélectionnent les méthodes d'intervention en fonction de la population ciblée. En outre, les interventions gagnent à utiliser des méthodes interactives s'appuyant sur l'expérience plutôt que de se limiter à une simple transmission d'information. Deux autres critères déterminants pour leur réussite sont leur durée (plusieurs années) et une certaine intensité (volume annuel supérieur à 20 heures).

Autres bénéfiques

Ces aptitudes pourraient développer le « capital bien-être » des plus jeunes en leur conférant un degré élevé de respect et d'estime personnels, une bonne connaissance d'eux-mêmes et de leurs capacités, et le sentiment de maîtriser leur vie. On peut alors considérer la santé mentale comme un bien public qui vaut la peine d'être ciblé, une fin en soi.

En outre, une bonne santé mentale peut constituer un levier pour accéder à d'autres biens, par exemple la prospérité économique. À ce titre, elle devient un moyen de parvenir à d'autres fins valorisées.

Ces compétences peuvent ainsi se révéler à l'avenir un atout de la croissance économique, au même titre que le socle commun des acquis académiques ou les compétences mathématiques et scientifiques.

De nombreux travaux démontrent à quel point il est essentiel de développer ces aptitudes qui se révèlent *in fine* plus adaptées aux demandes du marché du travail. Les critères de « recrutabilité » utilisés par les employeurs ne cessent en effet d'évoluer : les capacités comportementales et relationnelles sont de plus en plus considérées aux côtés des critères professionnels traditionnels. Dans une économie de la connaissance et des services, l'accent est placé sur les dispositions des individus et sur une nouvelle manière de travailler, qui privilégie la réactivité et le travail en mode projet. Se doter des capacités nécessaires pour répondre à la rapidité du changement social, savoir faire face à l'afflux massif d'informations et le transformer en connaissances utiles sont des atouts majeurs. Le développement d'un « capital personnel » devient décisif sur un marché de l'emploi où le diplôme seul ne suffit plus.

2.3. Un modèle éducatif français qui tend à négliger les compétences psychosociales

Le décret du 11 juillet 2006 a permis de définir le socle commun des connaissances et des compétences en s'inscrivant dans les orientations de l'Union européenne en matière de « compétences clés pour l'éducation et l'apprentissage tout au long de la vie ». Ce socle comprend sept compétences, parmi lesquelles « l'autonomie et l'initiative » qui doivent permettre à l'élève de « se donner les moyens de réussir sa scolarité et son orientation, de s'adapter aux évolutions de sa vie personnelle, sociale et professionnelle ».

Cependant, force est de constater que le système éducatif français insiste toujours sur les savoirs académiques et laisse les autres compétences psychosociales à la charge de la famille, de l'environnement immédiat ou des médias. Les rares programmes mis en place restent à l'initiative de directeurs d'établissement ou d'enseignants convaincus des bienfaits de telles pratiques éducatives. Au contraire, dans les pays anglo-saxons et scandinaves, le

développement des dispositions à l'apprentissage, de l'identité et de la confiance en soi, de la préparation à la vie en collectivité, sont de véritables axes de la pédagogie scolaire. Ces modèles étrangers permettent de tirer de nombreux enseignements.

En premier lieu, des bénéfiques éducatifs, sociaux, personnels ont été constatés dans les systèmes éducatifs qui accordent une place importante aux aptitudes non académiques. Exemple le plus emblématique, la Finlande arrive en tête de nombreuses évaluations internationales en matière de réussite éducative et de qualité du climat scolaire (encadré n° 19)¹. En outre, la Finlande peut se vanter d'être l'un des pays où le milieu social a le moins d'influence sur la réussite des élèves – ce qui n'est pas le cas de la France.

Encadré n° 19 **Quelques contributions au climat scolaire**

Le climat scolaire en France n'est pas réputé au beau fixe. En témoignent les résultats alarmants de l'enquête PISA 2003 de l'OCDE, qui s'est intéressée pour la première fois et de façon approfondie aux éléments psychologiques de la réussite – la motivation des élèves, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes ou encore les stratégies d'apprentissage. Moins d'un jeune Français sur deux déclare se sentir bien à l'école, soit le plus mauvais score des 41 pays étudiés, et 45 % seulement se sentent à leur place en classe, contre 81 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. En outre, l'enquête PISA montre que nos élèves sont les plus inhibés et qu'ils craignent particulièrement de répondre aux questions ouvertes, celles dont la réponse n'est pas dans le cours.

Sur ces derniers points, la peur des sarcasmes mais également de la notation joue un rôle prépondérant. En effet, le caractère très strict des notes données pour évaluer l'élève peut conduire à un profond mal-être chez les enfants, à un sentiment d'échec, de stigmatisation et *in fine* à des décrochages scolaires. Pour beaucoup, il conviendrait de favoriser une validation des compétences au lieu de classer les élèves. Tel qu'il est conçu actuellement, le système d'évaluation favoriserait l'exacerbation de la concurrence scolaire. L'élève adopte une logique contre-productive de comparaison avec ses pairs au lieu de se recentrer sur lui-même dans une volonté de dépassement de soi. Les effets sont particulièrement pernicious pour ceux aux capacités scolaires plus faibles qui, découragés par leurs résultats, se sentent humiliés et préfèrent alors décrocher, quand ils n'adoptent pas des comportements agressifs à l'égard de leurs pairs.

La survenue de faits de violence au sein de l'école ou de la classe, le plus souvent sous la forme d'intimidations et de brimades (« *bullying* »), alourdit également

1 - Dans ce pays, l'accent est mis sur l'acquisition des compétences plus que sur la maîtrise de savoirs précis, comme indiqué dans le *Framework for Evaluating Educational Outcomes in Finland*, qui stipule que l'évaluation s'attache « au contenu essentiel des différentes matières scolaires et aux objectifs premiers de l'éducation, à savoir apprendre à apprendre, motiver à apprendre et être capable de communiquer ».

le climat scolaire¹. Les enseignants, en donnant les possibilités à chaque élève de s'exprimer, en favorisant le respect d'autrui et l'autodiscipline, jouent évidemment un rôle très important dans la prévention de la violence au sein de leur classe. Cependant, ils ne peuvent pas être les seuls garants du climat de l'établissement. Dans une optique de responsabilisation des élèves, le recours à la médiation scolaire par les pairs peut s'avérer efficace. Il s'agit de confier à des élèves, souvent en binômes et pour des temps limités, le soin d'être médiateurs lors de conflits opposant leurs camarades. Les quelques évaluations de ces initiatives démontrent que leur efficacité (constatée en matière de confiance en soi, de responsabilisation, d'investissement dans la vie de l'établissement) est en partie conditionnée par la motivation de l'ensemble de l'équipe éducative, car elles demandent un investissement humain conséquent².

La réussite des systèmes scolaires finlandais ou suédois ne doit pas faire oublier les résultats modestes du Danemark à l'enquête PISA³, qui sont à peu près équivalents à ceux de la France. Les programmes de développement des compétences psychosociales ne sont pas une panacée éducative mais une partie essentielle d'une politique plus globale qui prend en compte tous les facteurs nécessaires à la réussite scolaire et au bien-être des élèves. La réussite finlandaise s'appuie ainsi sur la gratuité scolaire, la volonté de continuité entre primaire et secondaire, un tronc commun et l'absence de redoublement jusqu'à 16 ans, un système d'évaluation et de notation peu strict.

Autre élément important, les programmes de prévention qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes interactives et expérientielles, avec par exemple des jeux de rôles, des mises en situation, des travaux pratiques sur les ressentis et les émotions, et ne se réduisent pas à une transmission d'information (encadré n° 20).

L'organisation scolaire doit prévoir des mesures d'incitation, des outils et du temps pour favoriser l'implication des membres du personnel scolaire, au premier rang desquels les enseignants. Enfin, les professionnels scolaires doivent bénéficier de programmes de formation continue permettant d'acquérir des méthodologies ou approches favorisant le développement d'une bonne image de soi, de l'esprit critique, de la responsabilité, de l'autonomie et de l'initiative personnelle. La mise en place de telles formations impliquerait une collaboration active entre les organismes de prévention universelle, à l'image de l'INPES, et ceux de l'Éducation nationale.

1 - Voir par exemple l'étude Shojaei T. *et al.*, « Self-reported peer victimization and child mental health: Results of a cross-sectional survey among French primary school children », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 30, n° 4, août 2009, p. 300-309.

2 - Lire à ce propos Brabant-Delannoy L., « Face à la conflictualité et à la violence, quelle efficacité de la médiation ? », *La Note de veille*, n° 147, Centre d'analyse stratégique, juillet 2009.

3 - Le « Programme international pour le suivi des acquis des élèves » (PISA) est une enquête menée tous les trois ans auprès de jeunes de 15 ans dans les pays membres de l'OCDE. Elle évalue l'acquisition de savoirs et savoir-faire essentiels à la vie quotidienne au terme de la scolarité obligatoire grâce à des tests de lecture, culture mathématique et culture scientifique.

Encadré n° 20

Les « jeux sérieux », quels apports éducatifs ?

Les « jeux sérieux » ou « *serious games* » sont définis comme des « applications informatiques dont l'objectif est de combiner des aspects sérieux tels l'enseignement, l'apprentissage, la communication ou encore l'information, avec des ressorts ludiques issus du jeu vidéo ». Ce sont ainsi des jeux vidéo utilitaires, susceptibles de présenter un intérêt éducatif, par exemple une amélioration de la logique ou de la concentration. Ils peuvent donc s'inscrire pleinement dans les programmes de développement des compétences psychosociales associés à des supports pédagogiques plus traditionnels.

Les évaluations effectuées pour l'heure semblent confirmer l'impact positif de l'utilisation des jeux électroniques en classe. Les élèves présenteraient une motivation accrue et une meilleure confiance en eux. La gestion des erreurs commises par les élèves dédramatise l'enseignement, particulièrement pour ceux qui sont en situation de décrochage : des comptes rendus sur les choix et les stratégies font partie intégrante du jeu et ne sont donc pas stigmatisants. On observe souvent des comportements coopératifs au sein de la classe, certains élèves venant guider les plus novices. Enfin, le jeu entraîne une volonté de faire mieux que la fois précédente, de se dépasser : l'intérêt de l'enfant est canalisé sur sa propre dynamique et non sur ce que font les autres.

Les pratiques sont encore peu nombreuses et demeurent le fait d'enseignants particulièrement impliqués, souvent regroupés en communautés de pratique et qui doivent faire face au manque d'équipement et au scepticisme des parents d'élèves et de leurs collègues. Une évaluation de l'impact des jeux sur le processus éducatif semble donc indispensable.

Le débat qui se développe actuellement sur la nécessité de retourner « aux fondamentaux » de l'école ne doit pas faire oublier l'impératif d'assurer le bien-être des élèves. En leur donnant la possibilité de développer leur potentiel, leur personnalité et leurs aptitudes particulières, l'école jouerait plus activement un rôle éducatif complet et contribuerait par la même occasion à la prévention et à la promotion de la santé mentale des plus jeunes.

3. L'entrée dans l'âge adulte : des souffrances évitables ?

L'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte sont généralement considérées comme une période difficile, où l'individu se construit une identité, cherche ses repères, appréhende sa vie future. C'est donc une période charnière, avec tous les risques que cela peut comporter en termes de santé mentale. Elle

correspond encore souvent, en France, au départ du foyer familial protecteur, puis à l'entrée dans la vie estudiantine et/ou sur le marché du travail.

Les difficultés que rencontrent alors les jeunes (mauvaise orientation, échec universitaire, difficulté d'insertion professionnelle, isolement) ont une répercussion sur leur état de santé et leur « souffrance psychologique ». Il est donc important de développer des outils permettant l'accompagnement de l'individu durant cette période afin de favoriser un passage à l'âge adulte avec un minimum de heurts.

Ceci est d'autant plus important que l'on constate une confiance particulièrement peu développée des jeunes Français dans leur avenir et celui de la société dans son ensemble (voir chapitre 5) et que certaines enquêtes alertent sur une position singulière des adolescents et des jeunes adultes, qui seraient à la fois très responsabilisés sur leur avenir et plus exposés aux sentiments d'anxiété ou d'impuissance que les autres classes d'âge.

Encadré n° 21

Un problème « jeune » ? Retour sur l'enquête de la Fondapol

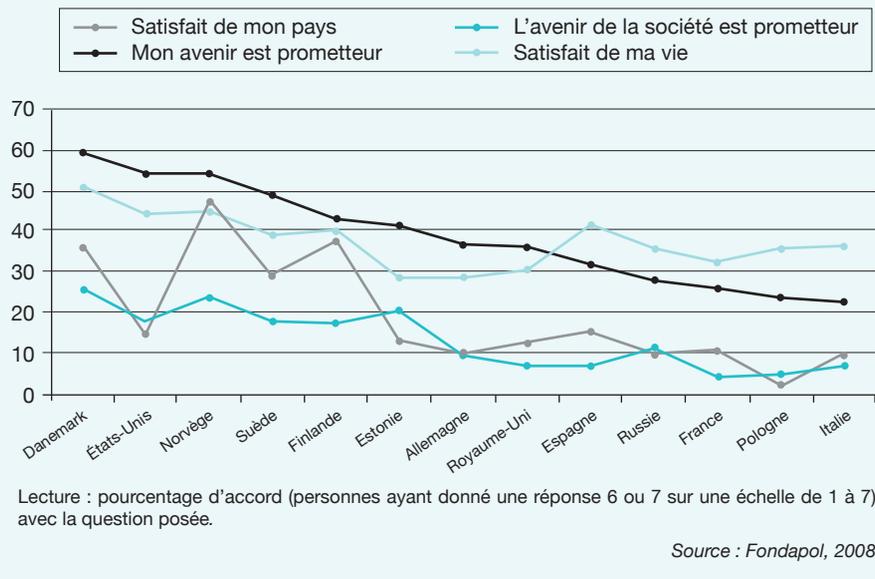
L'enquête SIG/IPSOS ne fait pas ressortir avec acuité une problématique « jeune » spécifique. C'est plutôt du côté des femmes, des bas revenus et des indépendants que les clivages sont les plus apparents. Toutefois, d'autres enquêtes méritent d'être citées. L'« Enquête internationale sur les jeunesses et leur vision de l'avenir »¹, réalisée en 2008 par la Fondation pour l'innovation politique, alertait sur une mauvaise santé mentale des jeunes générations. Les jeunes Français appartiennent au groupe des pays qui avaient le moins le moral (Japon, France, Royaume-Uni, Pologne, Italie, Espagne, Allemagne). Seuls 26 % des Français de 16 à 29 ans jugeaient leur avenir prometteur, contre 60 % des Danois ou 54 % des Américains du même âge.

Pour la Fondapol, ce manque de confiance en l'avenir s'explique en grande partie par le fait que la jeunesse est construite comme un âge de l'irresponsabilité, dans lequel elle se trouve cantonnée. Cette situation entraînerait deux attitudes contrastées. Soit le repli sur soi (qui peut aller jusqu'au suicide) : c'est le cas au Japon des *hikikomori*², mais plus généralement de tous les jeunes qui fuient le réel pour s'immerger dans un monde virtuel (jeu vidéo ou drogue). Soit l'agression par le retournement du mécontentement vers l'extérieur : contre la société, les adultes, les représentants d'un ordre auquel ils n'adhèrent pas. En réponse, la Fondapol préconise de développer pour les jeunes d'autres terrains d'exercice de leur souveraineté que le monde artificiel de la « culture jeune » : pour retrouver le moral, les jeunes Français doivent être mieux reconnus et voir leur autonomie favorisée, sans attendre l'âge adulte.

1 - Stellingner A. (dir.), *Les jeunesses face à leur avenir – Une enquête internationale*, Fondation pour l'innovation politique (Fondapol), 2008.

2 - Jeunes qui s'absentent de l'école et restent chez eux, en quelque sorte en « autoséquestration », aux crochets de leurs parents, au-delà de l'adolescence.

Graphique n° 23 : Satisfaction et optimisme des jeunes



3.1. Une vision délétère des jeunes Français de leur avenir professionnel ?

Selon la Fondapol¹, les jeunes Français reconnaissent la valeur du travail. Lorsqu'on leur demande ce qu'il importe de transmettre aux enfants, ils répondent, plus que leurs homologues européens, « un travail consciencieux ». De même, interrogés sur ce que signifie une belle vie, ils mettent l'accent sur le fait d'avoir un travail passionnant et qui a du sens, et sur le fait d'avoir beaucoup d'argent. Interrogés plus précisément sur leur carrière à venir, les jeunes Français témoignent d'un certain élitisme en sélectionnant parmi leurs priorités : un emploi avec une position élevée, un travail intéressant et constructif, un salaire élevé, de bonnes opportunités et le fait de se sentir fier de son travail.

Or, d'après les chiffres de la Fondapol, si les deux premiers marqueurs identitaires sont communs aux jeunes Français et aux jeunes Européens (famille puis amis), l'éducation n'arrive qu'en cinquième position pour les Français (en troisième place pour les Européens). Ceci démontre une crise de confiance des jeunes Français à l'égard de l'institution capable de leur garantir un avenir sûr : le système éducatif. Cette désillusion semble s'être accentuée dans la mesure où les Français de 30-50 ans interrogés placent l'éducation au quatrième rang en termes de marqueur identitaire (4,49 pour les 16-29 ans et 4,36 pour les 30-50 ans). Il est intéressant de rappeler, en

1 - Stellingner A. (dir.), *Les jeunesses face à leur avenir – Une enquête internationale*, op. cit.

illustration de ce phénomène, les mouvements de manifestation généralisés contre les réformes du lycée et de l'université en 2008.

Par ailleurs, comme le souligne Cécile Van de Velde¹, les jeunes Français ont une représentation de l'avenir professionnel définitivement conditionnée par le niveau et le domaine d'études. Ses travaux l'amènent à construire un modèle composé de quatre « idéaux types d'expériences de passage à l'âge adulte ». Alors que, généralement, les Danois cherchent à « se trouver » (développement personnel), les Britanniques à « s'assumer » (émancipation individuelle) et les Espagnols à « s'installer » (installation matrimoniale), les Français veulent d'abord « se placer » (intégration sociale).

On constate ainsi que les jeunes Français sont les moins insouciantes de tous, écrasés par ce que Cécile Van de Velde appelle « le poids du définitif » – l'idée que, pendant sa jeunesse et ses études, on joue sa vie, les études figurant un couloir que l'on ne peut plus quitter. Au sein de la société française, « le temps de la jeunesse, associé à celui des études, est pensé comme un investissement à vie, déterminant de façon quasi définitive la future place sociale de l'individu »². On remarque ainsi pour les jeunes Français une logique forte de statut, de marquage social par le diplôme. Ce modèle est remarquablement illustré par le système français des classes préparatoires et des grandes écoles, dont l'accès détermine à vie la place et le rang du jeune diplômé. Il rejoint la notion de « parcours du combattant »³, souvent citée pour définir la période des études et de l'entrée dans la vie active en France.

Ce poids de la formation initiale ne semble pas revêtir le même enjeu pour les jeunes Danois ou les jeunes Britanniques, les premiers ayant tendance à « butiner » de domaine d'études en domaine d'études jusqu'à un âge tardif, les seconds entretenant, au long de leur courte scolarité, une certaine indétermination quant à leur spécialisation future. Pour la majorité des jeunes Français, le choix de la filière apparaît scellé par l'absence de droit à l'erreur.

En découle un autre signe particulier des jeunes Français : le sentiment qu'ils « s'incrument », contre leur propre volonté, dans un statut de jeune assisté, d'étudiant attardé. On évoque également en France la notion de « scarification générationnelle », qui intervient lorsqu'on rate son entrée sur le marché du travail, notamment en situation de crise économique.

Cette vision de l'avenir professionnel peut s'expliquer en partie quand on regarde les chiffres du chômage en France. Celui-ci touche particulièrement

1 - Van de Velde C., *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF, coll. Le Lien social, février 2008.

2 - Propos recueillis par Brigitte Perucca, dans « Pas facile de devenir adulte en Europe », *Le Monde de l'Éducation*, n° 346, avril 2006.

3 - Ce parcours du combattant fait référence à la souffrance des compétiteurs qui touche certains jeunes Français, happés dès l'enfance par un idéal de construction de soi orienté vers l'excellence. Ces jeunes qui ne s'autorisent pas l'échec peuvent développer les symptômes d'une alexithymie – une difficulté à éprouver des sentiments et à partager des émotions ; Huerre P., séminaire « Objectiver la souffrance », ENS, séance du 6 mai 2009.

les moins de 24 ans et, parmi eux, ceux qui sont peu ou pas diplômés. Dans son étude de la génération sortie en 2004 du système éducatif, le Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ)¹ constate que, trois ans après, en 2007, seulement 58 % des non-diplômés occupent un emploi, contre 75 % des diplômés du secondaire et 87 % des diplômés du supérieur (Bac + 2 et plus). En outre, les conditions d'emploi des non-diplômés sont souvent difficiles (emplois précaires et CDD pour la moitié d'entre eux). On remarque donc que les parcours professionnels sont fortement marqués par la formation initiale, ce qui tend à exclure durablement du monde du travail ceux qui échouent à l'école.

La Fondapol abonde en ce sens en constatant également que la France accorde une très grande importance à la scolarité, comme le Japon. L'expérience et la compétence acquises au long de la vie professionnelle semblent moins compter que le diplôme. Par conséquent, le poids donné à celui-ci a pour effet de diminuer le sentiment de maîtrise de sa vie, puisque c'est l'institution scolaire qui fixe, dès l'entrée dans l'âge adulte, le parcours professionnel (tableau n° 4).

Tableau n° 4 : « Avoir le sentiment de pouvoir choisir sa vie »

	Les gens de mon pays ont la possibilité de choisir leur propre vie
États-Unis	61 %
Danemark	60 %
Suède	44 %
Chine	43 %
Espagne	30 %
France	26 %
Allemagne	23 %
Japon	5 %

Lecture : les pourcentages correspondent aux réponses des jeunes de 16 à 19 ans qui considèrent que les « gens de leur pays » peuvent choisir leur propre vie (réponses 6-7 sur une échelle de 1 à 7).

Source : Fondapol, 2008

3.2. Rééquilibrer les priorités entre formation initiale et formation continue

Optimisation de l'orientation et autres outils pour une formation initiale réussie

La notion d'orientation renvoie à plusieurs significations : l'information sur les filières de formation et les métiers, l'aide à l'élaboration d'un projet

1 - Dans le cadre de l'enquête « Génération 2004 », le CEREQ a interrogé, au printemps 2007, 65 000 jeunes parmi les 705 000 sortis pour la première fois de formation initiale en 2004. Les premiers résultats de l'enquête sont présentés dans Joseph O., Lopez A. et Ryk F., « Génération 2004 : des jeunes pénalisés par la conjoncture », *Bref*, n° 248, CEREQ, janvier 2008.

professionnel et enfin l'affectation dans une filière de formation. L'orientation scolaire a une importance primordiale pour la santé mentale des jeunes, à la fois en permettant de répondre à leurs inquiétudes légitimes quant à leur avenir professionnel et en les aidant à se réaliser dans un métier. Chercher à améliorer l'orientation conduit à s'interroger sur le moyen de trouver un équilibre entre les aspirations professionnelles et personnelles de chacun et les besoins de la société. L'importance du domaine et du niveau d'études pour les jeunes Français rend particulièrement nécessaire une optimisation des dispositifs d'orientation.

On reproche souvent à l'orientation scolaire française de se faire par défaut : elle tendrait à procéder par exclusions successives des élèves aux résultats scolaires jugés insuffisants vers des voies ou des filières moins considérées que la voie générale. En effet, dans le système éducatif français, les savoirs abstraits et l'intelligence déductive dominent : les élèves qui réussissent mal se retrouvent dans des voies de formation déconsidérées ou font partie des 120 000 jeunes qui sortent chaque année sans diplôme du secondaire. À l'issue du collège, quatre élèves sur dix considèrent que leur orientation a été plus subie que voulue. Une grande partie de ces déçus sont des élèves de l'enseignement professionnel, qui souffre d'une image dégradée. Pour beaucoup d'élèves qui y sont orientés, cela revient à ne pas être jugé digne de la voie générale et cela entraîne un sentiment d'échec. Paradoxalement, c'est précisément certaines de ces formations dépréciées qui répondent le plus aux besoins du marché du travail.

Cette question de l'orientation bénéficie d'une grande attention de la part des pouvoirs publics. Elle est une priorité affichée du ministre de l'Éducation, abordée dans deux récents rapports sur le lycée (Apparu et Descoings)¹ et a dernièrement fait l'objet de nombreux rapports spécifiques, notamment du Haut Conseil de l'éducation et du Conseil d'orientation pour l'emploi.

Paru en mai 2009, le rapport de la commission Apparu, d'initiative parlementaire, fait suite à la polémique autour de la réforme des lycées entreprise par le ministère de l'Éducation. Il propose une refonte complète de la scolarité afin de lutter contre le décrochage avant le Bac, de mieux accompagner les choix d'orientation et d'atteindre les taux préconisés par l'UE de 50 % d'une classe d'âge dans le supérieur.

Le rapport de la commission Descoings, quant à lui, rendu en juin 2009, est le second rapport commandé par le ministre de l'Éducation nationale dans la perspective de la réforme des lycées. Il a pour but de remettre à plat les objectifs et de rétablir un climat de confiance propice à la réforme. Il tente de

1 - *Préconisations sur la réforme du lycée. Lycée pour tous*, rapport de la mission de réflexion présidée par Richard Descoings, remis au Président de la République le 2 juin 2009 ; Assemblée nationale, *rapport d'information* n° 1694 déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales à la suite des travaux de la mission sur la réforme du lycée et présenté par Benoist Apparu, député, 4 juin 2009.

répondre aux attentes des lycéens, à savoir des demandes d'orientation, de soutien et de stages, le renforcement de la place des langues dans le cursus, ou encore la nécessité de rénover la voie technologique et de rééquilibrer les séries (S, ES et L).

Le Plan « Agir pour la jeunesse » prévoit en ce sens, depuis septembre 2009, une réforme approfondie du système d'orientation. Il propose de mettre en place « un véritable service public de l'orientation ». Les opérateurs nationaux seront rapprochés et dotés d'un portail Internet et d'une plate-forme téléphonique commune pour la rentrée 2010. Placée au cœur de l'Éducation nationale, l'orientation sera intégrée dans les projets des établissements. Au cours de la scolarité, des étapes permettront aux jeunes de bénéficier d'actions de découverte des métiers, d'information et de conseil sur les filières de formation. Un droit à la réorientation sera expérimenté, pour permettre à certains élèves de rompre avec l'enfermement dans des parcours d'échec, tant dans le secondaire que dans le supérieur. Un livret de compétences élargi au-delà de l'Éducation nationale sera également expérimenté, afin de valoriser les compétences et potentialités des jeunes sans les limiter aux résultats académiques (activités associatives, sportives et culturelles). Il convient d'attendre 2010 pour analyser la portée des mesures prévues.

Par ailleurs, l'entrée à l'université est une expérience particulière en France, du fait du manque d'accompagnement dédié aux nouveaux arrivants. Les personnes qui s'adressent à eux le jour de leur inscription sont surtout les militants (syndicats étudiants) ou les vendeurs (de mutuelles et de presse), mais aucun personnel direct de l'administration universitaire. Le jeune est lancé dans cette nébuleuse sans chemins balisés, sans repères, ce qui peut être particulièrement stressant. Il conviendrait donc de systématiser l'accueil des étudiants à l'université, une mesure à la fois peu onéreuse et efficace en termes de diminution du stress, de l'angoisse, du sentiment de solitude, etc.

Cette rencontre pourrait être également l'occasion d'une information et d'une sensibilisation auprès des étudiants sur les outils à leur disposition en matière de prévention et de promotion pour une bonne santé mentale au sein de l'université. Le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) pourrait se charger de cette mission.

D'autres missions en faveur de la santé mentale des étudiants pourraient être portées par les SUMPPS des différentes universités, sans frais excessifs. Leurs services devraient gagner en visibilité et en accessibilité. En effet, les structures actuelles de médecine préventive sont souvent marginalisées au sein des structures universitaires et sont de fait délaissées par les étudiants. Il serait donc intéressant de réfléchir aux avantages à retirer de l'Internet, moyen de communication et d'information très largement utilisé par les étudiants. La mise en place d'une complémentarité entre l'Internet et la médecine

universitaire pourrait être judicieuse, afin de développer l'e-médecine dans le cadre universitaire.

En outre, la multiplicité des acteurs en charge de la santé des étudiants à l'université mériterait d'être simplifiée. Il serait donc utile d'encourager dans chaque université la création de guichets de santé permettant de coordonner l'action de tous ces acteurs (services de la médecine préventive universitaire, bureaux d'aide psychologique « BAPU », etc.), en les rassemblant sur un même site, avec des plages horaires d'ouverture en adéquation avec l'emploi du temps des étudiants. Afin d'accroître les capacités d'accueil et de rendre possible le passage d'une visite médicale obligatoire pour tous les primo arrivants, il pourrait être envisagé d'intégrer au sein de ces guichets des étudiants issus des filières médicales, qui auraient ainsi la possibilité d'y accomplir une partie de leur formation¹.

Revalorisation de la formation continue

Il est important de revaloriser l'expérience professionnelle et la formation continue afin de rééquilibrer leur poids légitime face au diplôme et à la formation initiale dans la détermination du parcours professionnel.

En effet, un parcours professionnel est aussi question d'expérience, et c'est un atout qui devrait être mis en avant, autant par les professeurs que par les employeurs. Ainsi, les années de césure professionnalisantes ne devraient pas être considérées négativement ou avec méfiance par les employeurs, car elles sont parfois aussi constructives que des années universitaires : elles permettent de voyager, de se familiariser avec une nouvelle culture, d'apprendre une langue étrangère, d'appréhender le monde du travail. Elles aident à se construire et à définir son choix d'orientation professionnelle.

L'anxiété face à l'orientation est d'autant plus importante que les jeunes ont le sentiment que leurs choix sont irréversibles. Si l'offre de formation aménageait davantage de passerelles entre les filières, si elle était conçue pour permettre les allers-retours entre l'emploi et la formation, les choix d'orientation pourraient être moins anxiogènes.

Ce rééquilibrage permettrait enfin de responsabiliser les jeunes et leur redonnerait confiance en l'avenir, afin qu'ils cessent de considérer leur destin tout tracé à la fin de leur formation initiale.

Il convient donc de sensibiliser les recruteurs sur le marché du travail, afin qu'ils n'écartent pas les parcours moins lisses et ne fassent pas passer le diplôme avant l'expérience professionnelle. L'alternance et notamment l'apprentissage souffrent encore trop de l'image d'une formation au rabais pour jeunes désœuvrés.

¹ - Voir les propositions du rapport de la mission parlementaire sur « La santé et la protection sociale des étudiants », dit rapport Wauquiez, décembre 2006.

Par ailleurs, la multiplicité actuelle des formations tend à augmenter la confusion chez les jeunes : il existe par exemple 215 spécialités de CAP, 50 spécialités de BEP, 63 spécialités de Baccalauréats professionnels et 1 620 licences professionnelles. Les besoins d'informations ressentis par les élèves et leurs parents semblent insuffisamment satisfaits, même si des progrès ont été accomplis. Le manque de conseillers d'orientation est souvent pointé du doigt (on dénombre un COP¹ pour 1 500 élèves du second degré), ainsi que leur formation trop éloignée des réalités du marché du travail (pour passer le concours de COP, une licence de psychologie est obligatoire).

C'est dans cette optique que le Plan pour l'emploi des jeunes, présenté en avril 2009, tente de trouver des solutions. Il a pour but d'améliorer l'emploi et la formation des jeunes. Il fait le pari, entre autres, de la formation en alternance, avec les contrats d'apprentissage (pour les étudiants qui seront obligatoirement scolarisés dans un Centre de formation des apprentis) et les contrats de professionnalisation (qui s'adressent davantage aux personnes ayant une première expérience professionnelle). L'apprentissage est une formation forcément diplômante, tandis que le contrat de professionnalisation permet surtout d'améliorer ses qualifications.

Si la formation en alternance séduit de plus en plus de jeunes, les mesures prises ne sont pas encore suffisamment concluantes et méritent donc d'être portées plus avant. C'est le but, entre autres, du Plan « Agir pour la jeunesse ». Issu des propositions formulées dans le Livre Vert de la Commission Hirsch, il s'articule autour de cinq axes d'actions prioritaires. Ceux-ci passent notamment par l'accompagnement dans la formation initiale et l'aide à l'entrée dans la vie active : développement des parcours de formation, accompagnement dans les choix d'orientation, aide à l'accès à l'emploi et à l'autonomie financière. 500 millions d'euros seront débloqués chaque année dans le cadre de ce plan d'actions, dont les premiers effets sont attendus pour 2010 (voir section suivante).

3.3. Donner aux jeunes les moyens de leur autonomie

Au-delà des lacunes du système éducatif actuel, l'inquiétude et le fatalisme des jeunes Français quant à leur avenir peuvent s'expliquer par leur difficulté à gagner en autonomie et à s'intégrer sur le plan socioéconomique.

Ils constituent en effet la tranche de population qui concentre le plus de chômage et de précarité. Fin 2007, les jeunes Français de 15-24 ans totalisaient 20,2 % du taux de chômage, contre 8,5 % pour l'ensemble de la population, selon l'INSEE. En outre, 25,1 % des 15-29 ans occupaient à la même date un emploi précaire (intérim ou contrat à durée déterminée) pour une moyenne nationale de 10,5 %. Ils doivent composer avec une économie dont la flexibilité se concentre sur la jeunesse.

1 - COP : conseiller d'orientation-psychologue.

Avec la crise, l'augmentation du taux de chômage, l'embouteillage sur le marché de l'emploi, les indicateurs de pauvreté parmi la population jeune tournent au rouge. Cela entraîne une augmentation des risques de désaffiliation sociale, et une crainte du déclassement nocive en matière de santé mentale.

Les jeunes manquent aujourd'hui de soutien à l'autonomisation pour faire face à cette situation économique dégradée. Fort de ce constat, l'État s'est emparé des questions de jeunesse avec un grand nombre d'enquêtes et de rapports. Malgré ces efforts des pouvoirs publics, les résultats se font en partie attendre.

Certains insistent sur l'effet délétère de la décentralisation en ce qui concerne les politiques de jeunesse, qui conduit à des inégalités de traitement, en particulier pour les jeunes les moins protégés par leur famille¹.

D'autres évoquent le problème particulièrement lourd de la « familialisation » de la prise en charge des jeunes, qui les maintient dans une situation de dépendance difficile et reproduit ainsi les inégalités familiales. Selon Cécile Van de Velde, les jeunes Français sont « tiraillés entre une aspiration au développement personnel et les contraintes d'une structure sociale conditionnant fortement l'emploi potentiel à la formation initiale ». Dans la pratique, cette quête d'une autonomie place très souvent les jeunes Français – du moins ceux des classes moyennes et aisées, car les autres n'en ont pas les moyens – dans une situation « d'indépendance sans finances » : les parents assurent loyer et frais car les études exigent un investissement à temps plein. Cette « familialisation » peut d'une part engendrer des tensions entre parents et enfants autour des aides familiales et, d'autre part, faire dépendre l'avenir du jeune de la situation financière de ses parents.

On remarque ainsi un paradoxe entre un modèle d'indépendance précoce valorisé en France avec une forte incitation à l'autonomisation, et une dépendance effective qui s'allonge du fait de la charge financière. Cette situation entretient un clivage entre aspirations et réalités néfaste en termes de santé mentale pour les jeunes Français, qu'il conviendrait de diminuer.

La solution de la formation en alternance mériterait d'être développée. En effet, les contrats d'apprentissage et de professionnalisation offrent de nombreux avantages pour les jeunes, en termes d'autonomisation et d'intégration socioéconomique. Ils permettent tout d'abord d'être formé tout en étant rémunéré, ce qui est un premier pas vers l'indépendance financière, et de bénéficier des mêmes droits que les autres salariés en termes de congés payés, de cotisation pour la retraite et de couverture sociale. De plus, c'est un véritable tremplin pour l'insertion professionnelle, sachant que 70 % à 80 % des alternants obtiennent un emploi à la fin de leur contrat.

1 - Loncle P., Muniglia V. et Rothé C., *La décentralisation des fonds d'aide aux jeunes dans six départements français*, rapport final de l'étude pour la DREES, juin 2007.

Encadré n° 22
Les mesures du Plan pour l'emploi des jeunes 2009
en faveur de la formation en alternance

Avec le Plan pour l'emploi des jeunes, le gouvernement mise sur les contrats en alternance qui sont l'un des meilleurs dispositifs aujourd'hui pour l'intégration des jeunes sur le marché du travail. Son objectif est d'atteindre 320 000 contrats d'apprentissage et 170 000 contrats de professionnalisation supplémentaires entre le 1^{er} juin 2009 et le 1^{er} juin 2010. L'idée est de mobiliser les entreprises et les branches professionnelles, comme l'hôtellerie-restauration, par le biais d'une charte de l'alternance, et d'accorder des avantages financiers aux employeurs qui recrutent sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation.

Pour y parvenir, le dispositif « zéro charges » pour les entreprises de moins de dix salariés prévu dans le cadre du plan de relance est étendu aux entreprises de plus de dix salariés pour le recrutement de leurs apprentis.

De plus, entre le 1^{er} juin 2009 et le 1^{er} juin 2010, une prime de 1 800 euros est accordée aux entreprises de moins de 50 salariés pour l'embauche de tout apprenti supplémentaire. La moitié de la prime est versée à la signature du contrat et l'autre six mois plus tard.

Dans l'objectif de concrétiser 170 000 contrats de professionnalisation entre le 1^{er} juin 2009 et le 1^{er} juin 2010, les entreprises qui embauchent un jeune de moins de 26 ans en contrat de professionnalisation perçoivent une prime de 1 000 euros. Celle-ci sera portée à 2 000 euros pour le recrutement d'un jeune n'ayant pas le niveau Bac.

En outre, pour aider les jeunes à s'insérer durablement dans la vie active et à acquérir leur autonomie financière, les stages d'une durée de deux mois seront obligatoirement rémunérés (contre trois mois auparavant). Pour soutenir l'embauche des jeunes stagiaires en contrat à durée indéterminée, l'État s'engage à verser aux entreprises une prime exceptionnelle de 3 000 euros. L'aide financière est versée en deux fois : 1 500 euros au moment de l'embauche et 1 500 euros au bout de six mois. Le but est de favoriser 50 000 recrutements en CDI de jeunes stagiaires entre le 24 avril et fin septembre 2009.

Enfin, l'État propose 50 000 contrats initiative emploi (CIE) supplémentaires au deuxième semestre 2009. Ils sont attribués en priorité aux métiers porteurs, notamment ceux du développement durable, et aux entreprises de l'économie sociale et solidaire. Contrat aidé du secteur marchand, le CIE vise à favoriser l'insertion professionnelle durable des personnes présentant des difficultés d'accès à l'emploi. Le CIE est un contrat à durée indéterminée ou un contrat à durée déterminée de 24 mois. L'aide accordée par l'État aux employeurs peut atteindre 47 % du SMIC.

Le Plan pour l'emploi des jeunes énonçait des solutions pour améliorer la formation en alternance (encadré n° 22). Cependant, ces mesures mériteraient d'être encouragées plus avant pour porter réellement leurs fruits. En effet,

selon les statistiques de la DARES du mois de septembre 2009, le nombre de nouveaux contrats en alternance signés cette année est en perte de vitesse par rapport à 2008, du fait de la crise. Ainsi, en août 2009, l'effectif estimé de jeunes de 16 à 25 ans en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage était de 530 054, contre 565 591 en août 2008.

Le Plan « Agir pour la jeunesse » persévère dans le sens du développement des parcours de formation. Il prévoit l'amélioration du statut des apprentis, pour qu'ils bénéficient d'avantages inspirés de ceux accordés aux étudiants (réductions sur les loisirs et transports, accès aux restaurants universitaires). Une campagne de communication sera lancée pour valoriser l'apprentissage auprès des jeunes et de leurs familles. La fonction publique s'ouvrira davantage à l'alternance, notamment en levant les obstacles au développement de l'apprentissage et en élargissant le dispositif PACTE (Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et d'État). L'apprentissage en fin de cursus universitaire sera accru, sur la base d'expérimentations avec des universités pilotes. Les pré-recrutements seront autorisés. Les partenaires sociaux seront prochainement saisis en vue d'établir un cadre juridique permettant aux entreprises qui le souhaitent de proposer à des jeunes de financer leurs études contre un engagement à travailler ensuite dans l'entreprise concernée pendant une durée limitée. Enfin, les stages hors cursus seront interdits. Il convient de voir si ces mesures se révéleront concluantes en 2010.

Il conviendrait également d'encourager les mesures purement financières pour les jeunes car elles sont un moyen efficace de lutter contre la reproduction des inégalités familiales. À ce sujet, on constate que les pays du Nord de l'Europe privilégient l'autonomie des jeunes en leur donnant des moyens financiers propres, alors que ceux du Sud s'appuient sur un socle familial fort et bénéficiaire de la majorité des aides et une entrée tardive dans la vie active. La solution nordique paraît aujourd'hui plus adaptée à l'exigence d'autonomisation que la société formule à l'égard des jeunes. Il est en effet important de reconnaître les jeunes comme des acteurs à part entière et non seulement comme des enfants de la famille. Le Plan « Agir pour la jeunesse » prend en ce sens un certain nombre de mesures qui méritent d'être encouragées (encadré n° 23).

Encadré n° 23

Les mesures du Plan « Agir pour la jeunesse » pour aider les jeunes à s'assumer financièrement

Il est proposé d'étendre le RSA aux jeunes qui travaillent. À l'heure actuelle, le RSA n'est pas ouvert aux moins de 25 ans. Les jeunes de moins de 25 ans qui sont réellement insérés dans la vie active (qui remplissent la condition d'avoir travaillé plus de deux ans sur une période de trois ans) auront droit au RSA dans les mêmes conditions que les plus de 25 ans.

Le contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) sera renforcé, pour mieux accompagner les jeunes les plus en difficulté. Le montant de l'allocation du CIVIS sera significativement augmenté, et l'accompagnement des jeunes sera renforcé, tout comme les devoirs auxquels ils sont astreints.

Les stages hors cursus seront interdits.

De plus, trois nouvelles formes d'aide pour les jeunes seront expérimentées en 2010 et 2011 :

- pour les 16-18 ans décrocheurs, un accompagnement intensif : des aides personnalisées seront accordées à ceux qui feront l'effort de suivre un parcours de réinsertion ;
- pour les 18-25 ans, peu qualifiés ou au chômage depuis une longue durée, un accompagnement intensif sera proposé : le jeune qui acceptera toute offre de formation ou d'emploi proposée par son référent bénéficiera d'une garantie minimale de ressources ;
- pour les 18-25 ans : un mécanisme de dotation permettra au jeune qui le souhaite de bénéficier lui-même d'une partie des aides publiques aujourd'hui attribuées à ses parents. Il aura la possibilité de financer des dépenses préalablement définies.

Avec la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD) et le plan « Réussite en licence », la durée de l'année universitaire tend à s'accroître. Ce mouvement doit être poursuivi, en permettant l'accès des étudiants aux services utiles (bibliothèque, salle informatique, etc.) dès le mois de septembre. Lorsque la durée de formation le justifiera, un 10^e mois de bourse sera accordé. Ce mécanisme sera conjugué à un contrôle renforcé de l'assiduité.

Afin d'améliorer la couverture santé des jeunes, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé sera doublée, passant de 100 à 200 euros (30 millions d'euros seront dégagés en 2010 à cet effet).

Néanmoins, en France, l'aide apportée aux étudiants reste composée principalement de bourses d'études attribuées en fonction des revenus familiaux, d'allocations familiales, d'avantages fiscaux pour les parents et, enfin, d'aides pour le paiement des droits d'inscription et/ou de scolarité. Il peut être intéressant de s'inspirer des pays nordiques qui utilisent l'option novatrice et pertinente du prêt à remboursement contingent au revenu (PARC), qui serait un prolongement du prêt étudiant garanti par l'État lancé en 2008 et proposé aujourd'hui par certaines banques (encadré n° 24). Celui-ci n'est pas encore assez connu : en octobre 2009, seulement 6 600 étudiants en ont bénéficié depuis son lancement.

Encadré n° 24**Le prêt à remboursement contingent au revenu :
une nouvelle piste pour l'autonomie financière des étudiants ?**

Le prêt à remboursement contingent au revenu (PARC) apparaît comme une piste à privilégier pour l'autonomie financière des étudiants et la réduction des inégalités associées à l'enseignement supérieur. Le niveau d'éducation atteint est en effet fortement conditionné par la capacité des parents à financer les études de leurs enfants. De ce fait, les jeunes manquant de ressources ou de soutien familial sont fortement pénalisés car ils ne peuvent effectuer l'investissement éducatif qui maximise leurs revenus futurs, du fait de leur difficulté à emprunter.

Le PARC est un système de prêt dont les modalités de remboursement prévoient des annuités croissantes avec le revenu de l'emprunteur, exigibles uniquement dans les périodes où ce revenu dépasse un certain seuil. De nombreux pays, dont les pays nordiques, ont mis en œuvre des PARC pour le financement des études supérieures, afin de lever la contrainte de crédit des étudiants qui peut conduire à un sous-investissement en capital humain. Ce dispositif apparaît plus aisé à mettre en œuvre que les prêts aidés ou les dotations en capital.

L'Australie, qui a accompagné l'augmentation des frais de scolarité de la création du PARC, est souvent citée en exemple. Une enquête conduite par le Conseil australien pour la recherche en éducation a montré que ce dispositif a permis la poursuite d'une hausse très rapide du public universitaire, hausse à peu près aussi forte dans les catégories sociales les plus modestes (+ 31 %) que dans les couches sociales les plus aisées (+ 32 %).

Ce dispositif semble donc une alternative aux solidarités familiales : il permet au jeune de prendre en charge à titre individuel la décision de s'engager dans les études supérieures, indépendamment de la situation financière de ses parents. La mise en œuvre pratique d'un dispositif PARC requiert toutefois une analyse technique approfondie, en raison de la sensibilité du coût du dispositif au calibrage précis des paramètres.

Cet encadré s'appuie largement sur le n° 143 de La Note de veille, « Le prêt à remboursement contingent au revenu : une nouvelle piste pour l'autonomie financière des étudiants ? », Centre d'analyse stratégique, juin 2009, et sur le rapport La Mesure du déclassement, Centre d'analyse stratégique, op. cit.

Enfin, l'émancipation résidentielle constitue un aspect décisif du passage à la vie d'adulte indépendant. Il paraît donc utile de soutenir les actions favorisant le logement indépendant des jeunes, dont celles déjà existantes pour aider à la location, comme l'avance et la garantie Locapass prévues par l'État (prêt à taux zéro pour aider à payer la caution, et garantie de l'État se substituant à la caution parentale), et la réduction obligatoire du montant de la caution, de l'équivalent de deux mois à un mois de loyer.

L'accompagnement dans la vie active suppose un équilibre entre formation initiale et formation continue, équilibre propice à la responsabilisation des jeunes face à leur avenir, et des mesures en faveur de leur autonomisation effective.

Recommandations

- Investir dans la petite enfance par le soutien à la fonction parentale et par la qualité des lieux d'accueil de jeunes enfants.
- Expérimenter et évaluer les programmes de prévention multimodaux développés avec succès dans certains pays, en prenant soin de les adapter au contexte culturel français.
- Proposer dès l'école primaire des enseignements favorisant le développement des compétences psychosociales. L'organisation scolaire doit prévoir des mesures d'incitation, des outils pour favoriser l'implication des membres du personnel scolaire, au premier rang desquels les enseignants. Des programmes de formation continue sur ce type d'enseignements doivent leur être proposés, ce qui implique une collaboration active entre les organismes de prévention universelle, à l'image de l'INPES, et ceux de l'Éducation nationale.
- Adopter un système de notation favorisant la validation des compétences plus que le classement des élèves.
- Poursuivre l'effort en matière d'activités périscolaires, notamment pour vers les activités artistiques et sportives. De plus, il conviendrait de favoriser l'esprit de club, la coopération et la solidarité, plus que la compétition.
- Rendre les jeunes plus responsables d'eux-mêmes tout au long de leur vie, en diminuant le poids de la formation initiale par rapport à la formation continue sur leur destin personnel. Pour cela, encourager la réorientation, les années de césure et les formations professionnalisantes. Une bonne entrée des jeunes sur le marché du travail passe également par une sensibilisation des recruteurs à la diversité des profils des candidats.
- Innover en matière d'indépendance financière des jeunes durant leurs études pour lutter notamment contre la reproduction des inégalités familiales et leur donner les moyens de leur autonomisation (prêts à remboursement contingent, formations en alternance).



Entreprises et administrations : faire jouer la responsabilité de tous

Alors qu'une controverse sur les chiffres du suicide au travail se développe et que point dans l'opinion l'idée que ces expressions du mal-être seraient la preuve que « la vie au travail est beaucoup plus difficile aujourd'hui qu'elle ne l'était auparavant »¹, les termes du débat incitent à prendre un peu de recul².

Ces dernières années ont vu l'émergence du concept de risques psychosociaux (RPS) d'origine professionnelle, qui embrasse les nombreuses situations portant atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés : stress, harcèlement moral, violence, détresse psychologique, troubles musculo-squelettiques (cf. chapitre 3). Il existe donc une certaine confusion autour de cette notion qui regroupe une grande diversité de risques, sans toujours distinguer les causes des conséquences. Ce flou définitionnel n'empêche pas la reconnaissance des RPS, via les travaux d'organisations internationales comme l'OCDE, la Commission européenne ou le BIT.

En France, cette reconnaissance paraît assez tardive : elle fut d'abord l'affaire de spécialistes, psychologues du travail, sociologues, psychiatres, ergonomes, dans le cadre d'une démarche clinique, dite « clinique de l'activité ». Le livre pionnier de Christophe Dejours³, publié en 1980, met ainsi en évidence les effets délétères de l'organisation du travail sur la santé mentale. La première enquête nationale réalisée sur le sujet est l'enquête « Conditions de vie » qui existe depuis 1978, mais le véritable tournant date de 1992, lorsque notre pays transpose sous l'impulsion européenne la terminologie d'« Hygiène et Sécurité » en « Santé et Sécurité au travail ».

1 - Lors d'un récent sondage BVA pour Canal +, 73 % des personnes interrogées pensent que les « cas récents de suicides de salariés, que ce soit chez France Télécom, ou auparavant chez Renault, PSA ou EDF » sont la preuve que « la vie au travail est beaucoup plus difficile aujourd'hui qu'elle ne l'était auparavant », contre 25 % d'un avis contraire.

2 - Ce chapitre est très redevable aux discussions menées lors de la séance de travail n° 2, consacrée à « Travail, emploi et santé mentale », et particulièrement à Hélène Sultan-Taïeb et Claude-Emmanuel Triomphe, membres du groupe de travail « Santé mentale et déterminants du bien-être ».

3 - Dejours C., *Travail, usure mentale - De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Centurion/Bayard Éditions, 1980.

Cependant, l'élément qui déclencha la volonté politique de s'attaquer à cette problématique du mal-être des salariés fut la tenue de la première conférence sociale sur les conditions de travail organisée en octobre 2007. Le *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, remis en mars 2008 par le psychiatre Patrick Légeron et le magistrat Philippe Nasse, s'inscrit dans la continuité de cette prise de conscience croissante¹.

Derrière ce concept de troubles psychosociaux se cache un besoin de données épidémiologiques, moins pour reconnaître l'existence ou l'ampleur du phénomène que pour développer une démarche de prévention de la santé mentale en milieu de travail (1.) et pour inciter chaque acteur concerné à assumer ses responsabilités (2.), en particulier lorsque des changements brusques (réorganisations, restructurations) affectent les entreprises, publiques ou privées, et leurs salariés (3.).

1. Réhabiliter la qualité de vie au travail

Malgré le manque d'éléments quantitatifs qu'il conviendrait de combler, la réalité et l'ampleur des risques qui pèsent sur la santé mentale des travailleurs ne sont plus contestées, le constat pouvant s'appuyer sur de nombreuses analyses qualitatives des processus mis en jeu.

1.1. Mieux savoir pour mieux agir, premier impératif

La nouveauté du concept des RPS explique en partie le manque de données relatives à ces risques, et la fragmentation de celles disponibles. L'ensemble des acteurs concernés – managers, syndicats, représentants du personnel ou des administrations publiques, professionnels de la santé – est ainsi peu « renseigné » sur cette problématique émergente. Le préalable nécessaire à toute discussion est de disposer de données fiables qui permettent à la fois d'étudier et d'évaluer le phénomène, mais également de surveiller toute situation susceptible d'engendrer des problèmes de santé mentale, que ce soit à l'échelle individuelle ou collective.

Une démarche adaptée aux trois niveaux d'action, national, territorial et local, semble dès lors nécessaire.

1 - Le rapport souligne la nécessité de dépasser l'opposition artificielle entre l'approche des risques psychosociaux qui met l'accent sur les aspects individuels et médicaux, et l'approche collective centrée sur les conditions sociales de travail, afin d'établir un espace de consensus, à l'image de ce qui est fait dans certains pays. Le rapport recommande la mise en place d'un indicateur national, des actions de prévention, l'implication des services de l'État et le développement d'actions de formation des divers acteurs d'entreprises, notamment les CHSCT.

En premier lieu, il convient de faire l'inventaire des études nationales et des données disponibles. Ce travail devrait permettre de croiser les études en cours afin de les optimiser et de définir des études complémentaires en s'appuyant sur les partenaires sociaux et sur la mise en place d'observatoires en entreprise. Ces missions, recoupant en grande partie celles qui incombent déjà à l'Institut national de veille sanitaire¹ (InVS), pourraient être à la charge de cet établissement public placé sous la tutelle du ministère de la Santé, avec pour condition de le doter des moyens humains et financiers à la hauteur de la tâche. Les travaux du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, constitué afin de déterminer une liste d'indicateurs nationaux pertinents pour la mesure de ces risques, seront précieux dans cette optique².

Deuxièmement, la mise en place de dispositifs d'accompagnement spécifiques aux TPE (encadré n° 30) et aux PME ne pourra se faire que grâce à l'implication des services de santé publique au niveau territorial (ARH, URCAM, CRAM, DRASS/DDASS, Conseils généraux...), amenés à collaborer, au cœur des bassins d'emploi, avec les services de santé au travail (en premier lieu, les services de santé au travail interentreprises qui demeurent la principale ressource des TPE en santé au travail) et de médecine de ville³. En outre, ces actions territoriales doivent inclure des mesures non sanitaires, sous la forme par exemple d'aides versées aux TPE et aux PME pour faciliter les transitions professionnelles.

Enfin, il convient d'élargir et de réviser l'évaluation des risques en milieu de travail – entreprises comme administrations – en mettant en place avec

1 - L'InVS comprend un département « santé travail » qui, parmi ses nombreuses missions, compte la surveillance épidémiologique des risques professionnels, le développement des outils pour faciliter cette surveillance, la collecte de données de routine sur les risques professionnels ou le soutien méthodologique à la réalisation d'études épidémiologiques dans des entreprises ou des secteurs professionnels. À l'heure actuelle, l'InVS mène plusieurs projets, en particulier la cohorte Coset (Cohorte pour la surveillance épidémiologique en milieu de travail), qui se veut représentative de tous les actifs.

2 - Ce collège d'experts présidé par Michel Gollac, sociologue et administrateur de l'INSEE, a présenté le 22 octobre 2009 une première liste de 40 indicateurs provisoires, répartis en six dimensions de risques à caractère psychosocial : 1. les exigences du travail : quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail, difficultés de conciliation entre travail et hors travail ; 2. la charge émotionnelle : relation au public, empathie, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, peur au travail ; 3. l'autonomie et les marges de manœuvre : autonomie procédurale, prévisibilité du travail, utilisation et développement des compétences, participation, représentation ; 4. les rapports sociaux et les relations de travail : coopération, soutien social au travail, conflits, harcèlement, reconnaissance des efforts, leadership ; 5. les conflits de valeur : conflits éthiques, qualité empêchée ; 6. l'insécurité socioéconomique : sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière, soutenabilité du travail. En outre, le collège a élaboré une liste de questions sur les RPS qui vont être introduites en 2010 dans la seconde vague de l'enquête Santé itinéraires professionnels (SIP), enquête longitudinale en population générale conçue par la DREES et la DARES, et mise en œuvre par l'INSEE.

3 - Le Plan régional de santé au travail (PRST) décline au plan local les actions nationales du Plan de santé au travail en les adaptant aux spécificités régionales. Ce plan est articulé avec les plans régionaux de santé publique (PRSP) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP) prévus par la loi de santé publique, qui réunissent des représentants de l'État, l'Assurance maladie, l'Agence régionale d'hospitalisation, l'Institut national de veille sanitaire, l'INPES et les collectivités territoriales.

l'aide des professionnels de santé un système de détection de signaux avant-coureurs, qui pourrait s'appuyer sur le travail effectué par les différents observatoires du stress créés dans certaines grandes entreprises.

En outre, il faudrait inciter les CHSCT (encadré n° 25) à programmer une discussion annuelle sur les risques psychosociaux et organisationnels ainsi que des concertations de l'amont à l'aval des processus de restructurations ou réorganisations majeures, dont les risques restent sous-évalués, voire non évalués¹.

Encadré n° 25

Les CHSCT (Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail)

Constitué dans tous les établissements comptant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, notamment par l'instauration d'un cadre préventif. En l'absence de CHSCT, ce sont les délégués du personnel qui exercent les attributions normalement dévolues au comité. Cette réglementation a été codifiée dans les articles L. 236-1 à L. 236-13 du code du travail. Le CHSCT, présidé par le chef d'entreprise ou son représentant, est composé de membres du personnel désignés par un collège comprenant tous les élus titulaires des délégués du personnel et du comité d'entreprise. Il compte également des membres à voix consultative : le médecin du travail, le responsable de la sécurité, l'inspecteur du travail et un inspecteur de la CRAM.

Les CHSCT s'insèrent dans le cadre des démarches de prévention des RPS. Ils procèdent à des inspections sur site régulières, réalisent des études sur les risques liés aux conditions de travail et à leurs modifications, effectuent des enquêtes en cas d'accident du travail, d'incidents répétés ou de maladie professionnelle ayant révélé un risque grave. Des progrès restent à faire en matière de prévention des RPS, les pratiques de certains CHSCT étant encore principalement consacrées à la sécurité dans le domaine des atteintes physiques.

1.2. Prévenir la souffrance mais également l'empêchement de faire

Pour expliquer l'augmentation des troubles psychosociaux liés au travail, de nombreux facteurs sont avancés, au premier rang desquels l'évolution des modes de production et d'organisation du travail.

Les modèles productifs en Europe ont connu de profonds changements : l'organisation fordienne cède la place à des configurations nouvelles, notamment le productivisme « réactif »², associé aux organisations dites

1 - Le récent rapport HIREs (*Health in Restructuring*) est le premier document européen à faire un point complet sur les études scientifiques et empiriques en matière de restructurations et d'impact sur la santé des personnes. Il alerte les parties prenantes sur l'impact durable des restructurations sur la santé mentale (cf. section 3 de ce chapitre).

2 - Askenazy P., *Les Désordres du travail*, Paris, Seuil/La République des Idées, 2004.

apprenantes ou à un système d'économie de projet. Ces modes de production sont indissociables d'une économie de l'innovation fondée sur l'obsolescence rapide des produits et sur leur renouvellement permanent, avec pour corollaire une organisation du travail tournée vers une optimisation de la flexibilité et de la réactivité. Depuis plus de vingt ans, des pratiques « innovantes » se sont dessinées, qui promeuvent la polycompétence, la polyvalence et le travail en équipe. Elles s'appuient sur une forte diffusion des TIC, sur des organisations d'entreprises en *clusters* et sur une flexibilité du travail. Les objectifs clés combinent le « juste à temps » et la satisfaction totale du client.

Une typologie en quatre classes des modes actuels d'organisation du travail est proposée¹ :

- les organisations apprenantes se caractérisent par une forte autonomie dans toutes leurs composantes, par la complexité des tâches, le travail en équipe et une proportion record de salariés déclarant « *continuer à se former* » dans le travail. En France, comme en moyenne européenne, ces organisations sont majoritaires, avec 39 % des salariés (graphique n° 24) ;
- les organisations en « *lean production* » ou « production au plus juste », regroupent 28 % des salariés, où les contraintes de travail sont lourdes malgré des pratiques de travail en équipe et un contenu du travail fortement cognitif mais avec une autonomie restreinte. C'est l'organisation dominante en Allemagne, en Autriche et dans les pays du Nord ;
- les organisations tayloriennes regroupent 14 % des salariés dans des entreprises où les tâches sont répétitives avec peu de marge d'autonomie ;
- les organisations de structure simple regroupent 19 % des salariés et se caractérisent par l'absence d'organisation structurée et par un contrôle direct du supérieur hiérarchique.

Ces évolutions produisent des effets contradictoires. Si elles peuvent permettre un enrichissement des emplois, de plus grandes opportunités de responsabilités et de reconnaissance, des organisations moins hiérarchiques, plus autonomes², elles font également, de l'aveu du plus grand nombre, peser des risques importants sur la santé mentale des travailleurs. Les études de psychodynamique du travail dénoncent les paradoxes de la gestion contemporaine comme fondement du mal-être des travailleurs. Ce système de double contrainte ou « *double bind* » s'articule autour des points suivants :

- les injonctions à l'autonomie sans en donner les moyens effectifs, notamment du fait de la « procéduralisation » du travail³ et en poursuivant des pratiques paternalistes ;

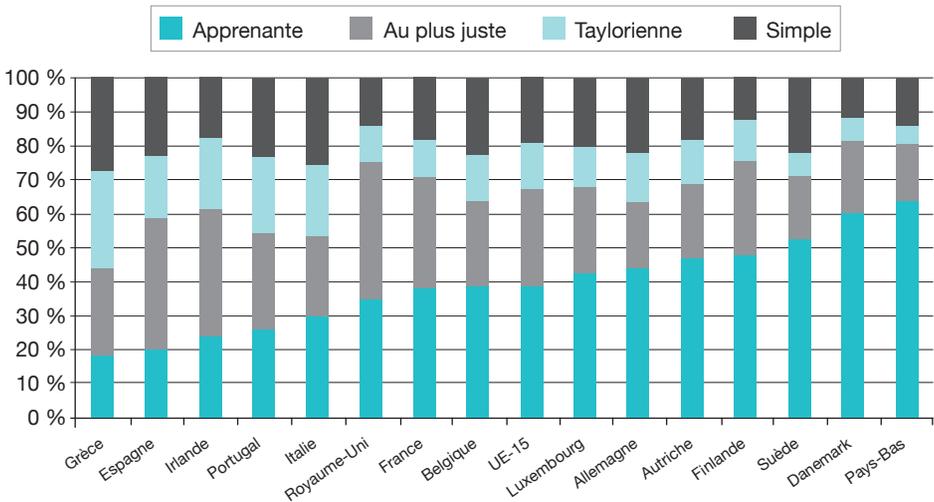
1 - Lorenz E. et Valeyre A., « Les formes d'organisation du travail dans les pays de l'Union européenne », *Travail et Emploi*, n° 102, avril-juin 2005, p. 91-105.

2 - Boltanski L. et Chiapello E., *Le Nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.

3 - La généralisation de cette « procéduralisation », qui est une nouvelle standardisation, réduit les capacités d'entreprendre et l'autonomie effective du salarié.

- l'exigence de qualité et la mise en place de pratiques contraires, par exemple satisfaire au maximum le client en y passant le moins de temps possible ;
- l'affirmation du collectif de travail et le développement en parallèle de pratiques de plus en plus individualisantes ;
- l'importance accordée à la communication et le peu d'espace de parole au sein de l'entreprise ;
- l'obsession du court terme et l'importance des projections à long terme.

Graphique n° 24 : Anciennes et nouvelles formes d'organisation du travail dans l'Europe des Quinze



Source : Commission européenne, 2007

Les réorganisations des secteurs d'activité, les restructurations, la généralisation du recours à l'externalisation et à la sous-traitance, voire aux délocalisations, sont des pratiques dont les conséquences sur la santé mentale des salariés ne sont toujours pas suffisamment prises en compte (voir *infra*, section 3.).

En outre, la gestion des ressources humaines dans les très petites entreprises (TPE)¹, qui emploient près de 30 % des salariés en France (encadré n° 30), est souvent assurée par le dirigeant et l'expert-comptable, et de fait restreinte.

La nature même du travail évolue et impose de nouvelles contraintes physiques et mentales, avec une intensification du travail – notamment des tâches les plus complexes –, une plus grande charge de travail, le développement de modes de travail concurrentiels et peu coopératifs entre salariés. Certains constatent au sein des entreprises et des institutions une altération des collectifs de travail, avec par exemple la mise en concurrence des équipes

1 - La définition retenue vise les entreprises indépendantes de 0 à 19 salariés.

ou la forte rotation des personnels. Symétriquement, la dématérialisation du travail a conduit à placer la relation à autrui au centre de l'activité : aux clients, usagers et fournisseurs d'une part, aux collègues et à la hiérarchie de l'autre. Le caractère « inévitable » de cette interrelation impose à chaque salarié des ajustements permanents aux autres, de manière plus importante qu'il y a vingt ans.

Un autre facteur est le manque de reconnaissance du travail accompli, et au-delà, de ce que l'on a « mis de soi », en lien avec le reproche adressé à certains managers de méconnaître les exigences des travaux réalisés par leurs salariés (encadré n° 26).

Encadré n° 26

Les difficultés spécifiques du management en France

Parmi les vingt pays les plus industrialisés, la France est celui qui, avec la Grèce, a le taux de satisfaction au travail le plus faible. La France est aussi le pays où le degré de confiance entre managers et employés est le plus bas. Selon une enquête auprès des managers (*Global Competitiveness Report 2004*), à la question « *Les relations entre employés et employeurs sont-elles conflictuelles ou coopératives ?* », la France arrive 99^e sur 102 pays. Seuls le Venezuela, le Nigeria et Trinidad font pire.

De tels résultats imposent de développer des formations continues pour les managers, notamment sur les enjeux que représente la santé mentale de leurs salariés. Thomas Philippon¹ insiste sur la mauvaise qualité des relations managériales. Selon lui, il y aurait quatre difficultés spécifiques du management en France : la rigidité hiérarchique, la difficulté à travailler en groupe, l'importance trop grande du diplôme initial et de l'origine sociale, et le déficit de promotion interne.

En outre, les problèmes de management en France nécessiteraient de revoir les formations initiales proposées dans les grandes écoles et les écoles d'ingénieurs, qui n'auraient pas pris la mesure du changement des modèles productifs et qui ne répondraient pas aux nouvelles compétences exigées par cette profession.

Dans cette perspective, le référentiel élaboré par le Conseil national pour l'enseignement en santé et sécurité au travail associant l'INRS, la CNAM et l'Éducation nationale, pourrait, après adaptation, servir en formation initiale et continue².

1 - Philippon T., *Le Capitalisme d'héritiers : la crise française du travail*, Paris, Seuil, 2007.

2 - Lire à ce propos Dab W., *Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail*, remis à Xavier Bertrand et Valérie Pécresse en mai 2008. Ce rapport établit douze propositions : « 1. Identifier un noyau minimal de compétences pouvant servir de socle pédagogique ; 2. Le référentiel élaboré par le Conseil national pour l'enseignement en santé et sécurité au travail (CNESST), associant l'INRS, la CNAMTS et l'Éducation nationale, est une bonne base de travail ; 3. Le référentiel doit progressivement devenir opposable ; 4. Le référentiel doit être porté par la France au niveau européen ; 5. La formation en santé au travail doit être entièrement éligible aux mécanismes de financement de la formation professionnelle ; 6. Des outils pédagogiques mutualisés doivent être mis à la disposition des formateurs ; 7. Les compétences minimales correspondant au référentiel de compétences doivent être attestées

Au-delà de la souffrance, l'empêchement de faire peut avoir des effets tout aussi pernicious. On passe alors de la « maltraitance *au* travail » à la « maltraitance *du* travail ». Pour Yves Clot, vivre son travail, c'est pouvoir développer son activité en affectant son milieu par ses initiatives. Or, paradoxalement, les managers encouragent souvent la sous-utilisation des capacités de leurs salariés en ne leur donnant ni les moyens ni même l'autorisation de faire leur métier correctement.

Ce « frein professionnel » peut avoir plusieurs causes et revêtir des formes diverses. Par exemple, nombreux sont les salariés à se sentir et à être victimes de discrimination dans la sphère professionnelle. Ainsi, malgré la féminisation de la catégorie des cadres, les femmes demeurent quasi exclues des postes de direction, certains évoquant un « plafond de verre »¹.

L'empêchement de faire trouve son paroxysme chez les personnes « placardisées », partagées entre leur loyauté envers l'entreprise ou l'administration et l'inconfort de leur situation quotidienne. Ce sentiment est d'autant plus fort dans un pays comme la France, où la « logique de l'honneur » prévaut, d'après Philippe d'Iribarne, et où l'appartenance à un corps de métier confère un statut qu'il convient de défendre². Ces tensions sont particulièrement ressenties dans les entreprises publiques devenues privées, où les anciens statuts coexistent avec les nouveaux, l'emploi avec la mission, la « culture publique » avec l'économie de marché, de la performance et de la concurrence.

1.3. Des protections inadaptées ?

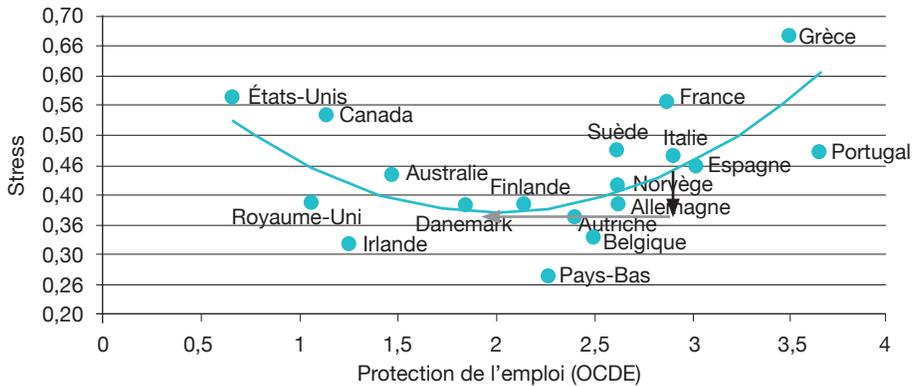
La dégradation de la santé mentale au travail pourrait également être liée au « niveau sous-optimal » de la protection des travailleurs en France. En effet, la France se distingue sur la période récente par des niveaux de protection de l'emploi et de stress relativement élevés (graphique n° 25).

par un dispositif de certification national ; 8. Il faut impliquer un ensemble d'opérateurs pour aider les PME et les TPE ; 9. Les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) doivent pouvoir jouer un rôle dans le domaine des formations en santé-sécurité au travail ; 10. La gestion de la santé au travail doit être développée en tant que telle au sein du monde académique ; 11. Les entreprises adoptant le référentiel de compétences doivent bénéficier d'avantages ; 12. Pour mettre en œuvre l'ensemble de ces actions, il faut fédérer les compétences de formation en santé au travail en créant un réseau national de formation en santé au travail (RNFST) ».

1 - Voir à ce propos les travaux de Sophie Pochic. Les politiques d'égalité professionnelle des entreprises trouvent leur place dans des négociations collectives ou des démarches de certification délivrée par des organismes extérieurs, mais pour lesquelles aucune évaluation des résultats n'est réalisée.

2 - De nombreux cadres ressentent ainsi un appauvrissement de leur travail, qui se restreint de plus en plus à celui d'exécutants.

Graphique n° 25 : Protection de l'emploi et bien-être



Source : Lepage-Saucier et Wasmer (2008), ISSP 2005 et Eurobaromètre 2001

L'hypothèse développée par Étienne Wasmer est qu'au-delà d'un certain degré de protection, il y a une croissance forte des rapports de force et de la conflictualité qui engendrent des externalités négatives, donc une perte collective de bien-être. Les employeurs chercheraient alors à contourner les procédures collectives de licenciement économique par l'invocation de la faute du salarié (les licenciements pour motif personnel ont augmenté de 80 % depuis 1996), voire par le recours au harcèlement pour obtenir un départ « volontaire »¹ (encadré n° 27).

En outre, la forte protection de l'emploi aboutirait à un effet d'équilibre du marché du travail, non bénéfique pour les relations salariales. La conflictualité au travail dissuaderait les employeurs de procéder à de nouvelles embauches tandis que la fluidité limitée du marché du travail conduirait les travailleurs à se maintenir dans des situations d'emploi insatisfaisantes. L'objectif serait alors de réfléchir à une façon de protéger les travailleurs adaptée aux nouveaux désordres liés à la pression concurrentielle et à la mondialisation.

Encadré n° 27 L'évolution de la conflictualité en France

La réalité des conflits du travail en France, dans l'ensemble du secteur marchand, demeure largement méconnue. L'intensité des grèves dans les entreprises s'est affaiblie au cours des trois dernières décennies mais les conflits dans le monde du travail n'ont pas disparu pour autant : ils se sont diversifiés et individualisés.

1 - Selon un sondage IPSOS, en 2000, 30 % des Français déclaraient avoir été victimes de harcèlement moral ou de fortes intimidations et 12 % avoir démissionné pour ces raisons. D'après une enquête menée par Béatrice Seiler-Van Daal (sur 1 200 employés, en Alsace), 9,6 % des salariés pouvaient être considérés comme harcelés moralement dans les entreprises (seuls 7 % rapportaient ce harcèlement). Le harcèlement avait conduit dans 61 % des cas à un départ de l'entreprise, dont 44 % à une démission.

Au niveau collectif, on constate une croissance de la conflictualité sans arrêt de travail ou avec arrêt de travail court (« le débrayage »), une recrudescence des pétitions, le refus d'heures supplémentaires... Ce mouvement est toutefois limité par la précarisation, la « PMIisation » du paysage économique et par la désyndicalisation.

La conflictualité du travail ne se limite pas à ses formes collectives : elle reste souvent individuelle, notamment en l'absence de représentants du personnel. Les directions d'établissement indiquent avoir de plus en plus recours à des procédures disciplinaires dans la gestion de leurs rapports avec les salariés : en 2004, des sanctions ont été appliquées dans 85 % des établissements, contre 67 % en 1998. Le licenciement pour faute a particulièrement progressé. En 2003, selon la DARES, 70 % des personnes licenciées de plus de 50 ans l'étaient pour motif personnel, contre 50 % en 1996. Autre signe de l'augmentation de la conflictualité individuelle, la montée des recours aux prud'hommes : s'ils restent le fait d'un ou deux salariés dans la grande majorité des établissements, ils ont concerné 42 % des entreprises en 2004, contre 36 % six ans plus tôt.

1.4. Mieux sensibiliser et mieux former pour mieux agir

Comme toute démarche de prévention en santé publique, les objectifs en milieu de travail portent sur trois niveaux.

La prévention primaire consiste à lutter contre le risque avant l'apparition de tout problème, et suppose donc d'avoir identifié les risques en amont de toute atteinte. Une modification des modes managériaux, une redéfinition des tâches, des emplois du temps (par exemple, par recours au télétravail consenti) sont autant de pistes.

L'intervention secondaire correspond à une « prévention-réaction », c'est-à-dire qu'elle a pour but de dépister une atteinte pour prévenir le développement ultérieur d'une maladie professionnelle ou d'un désordre psychosocial.

La prévention tertiaire vise à prévenir les rechutes et les complications. Elle consiste également en l'aménagement ergonomique des postes de travail et en l'amélioration des conditions de travail.

Stratégie privilégiée par les entreprises, la gestion individuelle des troubles psychosociaux par un psychiatre, un psychologue ou un médecin du travail, aussi indispensable soit-elle, n'en demeure pas moins restreinte à la prévention secondaire et *in fine* à une simple « gestion du risque ». La recherche démontre que, pour être optimale, une stratégie de santé mentale en entreprise doit intégrer les trois niveaux et donc s'attaquer directement aux causes premières des troubles psychosociaux.

Les leviers d'intervention sont nombreux (voir annexe 7) car il est possible d'agir à la fois sur les politiques publiques, sur l'environnement de travail, sur la nature du travail et sur les facteurs individuels. Le système constitué doit tirer sa cohérence de la synergie qu'il développe. Pour élaborer des actions multisectorielles en faveur de la santé mentale, il convient de mobiliser un grand nombre de parties prenantes, de mieux les sensibiliser et de les former en fonction des besoins. Pour cela, les entreprises font le plus souvent appel à des acteurs extérieurs à leur sphère, « préventeurs », formateurs, voire *coachs* (encadré n° 28).

Encadré n° 28

Les *coachs* : un développement à encadrer ?

On constate ces dernières années un développement sans précédent du *coaching*. À l'origine essentiellement sportif, le *coaching* s'est étendu à la sphère professionnelle à partir des années 1990 avec la création de cabinets pionniers spécialistes de la gestion du stress. Le *business* du stress s'est ouvert aussi à des généralistes issus des ressources humaines ou de fonctions opérationnelles. Le *coaching* professionnel est défini par la Société française de *coaching* (SFC) comme « l'accompagnement de personnes ou d'équipes pour le développement de leurs potentiels et de leur savoir-faire professionnels (management d'une équipe, gestion de projet, prise de décision, gestion de transferts de compétences, prise de parole en public par exemple) ». Toutefois, un autre type d'intervention plébiscité par les directions se développe : la prise en charge à l'extérieur de l'entreprise des salariés en souffrance psychique.

Le flou juridique autour de cette nouvelle activité, dont le domaine de compétence revendiqué ne cesse de s'étendre, est dénoncé, notamment par des psychologues, comme une porte ouverte à des pratiques incertaines pour la santé mentale des usagers. Une meilleure transparence passe avant tout par l'instauration d'une liste de diplômés agréés par l'État et par une réglementation exigeant un diplôme certifié pour l'exercice de cette activité.

Certains s'inquiètent en outre de se voir imposer un *coach* par leur employeur. La plupart des associations affichent leur déontologie : une telle prestation ne doit pas être obligatoire, mais consentie dans le cadre d'un accord tripartite entre le *coach*, le « coaché » et l'entreprise. On peut toutefois s'interroger sur la marge de manœuvre réelle du cadre ou du salarié soumis à une telle proposition, le *coach* étant recruté par l'entreprise.

De la même manière, les initiatives de « ticket psy » ont été dénoncées, notamment par le Conseil national de l'Ordre des médecins. En effet, le médecin du travail ayant identifié une souffrance chez un salarié peut lui remettre un carnet de tickets, chacun donnant droit à une consultation gratuite auprès d'un « écoutant » choisi et rémunéré par la société qui propose le service, donc indirectement par l'entreprise : la liberté de choix du patient théoriquement inaliénable n'existe plus.

Les managers devraient pouvoir bénéficier de modules de formation initiale et continue spécifiques à la problématique de la santé mentale en milieu

de travail. Seraient étudiés les facteurs de risques, les effets sur la santé, les conséquences pour l'entreprise, le cadre législatif et réglementaire, le dépistage des situations à risque, les différentes étapes d'une démarche de prévention. Ces formations devraient être proposées en liaison avec les associations, les grandes écoles et les universités compétentes.

De la même manière, les salariés devraient recevoir des formations préventives pour apprendre à gérer leur stress, pour développer leur capacité d'adaptation au changement et leur estime personnelle. Des actions de sensibilisation pourraient être systématisées, afin que les salariés puissent déceler les signes avant-coureurs des RPS, chez eux, chez leurs collègues et dans leur entourage. À cet effet, les médecins du travail et les infirmiers devraient voir leurs moyens financiers et humains accrus.

2. Bien différencier ce qui relève de la responsabilité de chacun

Les déclarations et les initiatives politiques relatives à la santé mentale au travail se sont récemment multipliées. Le Plan d'urgence de lutte contre le stress au travail du ministre du Travail, Xavier Darcos, comporte l'obligation d'ouvrir des négociations sur ce thème dans les entreprises de plus de 1 000 salariés¹, la création d'une cellule de prévention des risques psychosociaux placée auprès du directeur général du Travail et ayant pour but de coordonner et d'impulser les actions de prévention, ou encore la mise à disposition d'informations, d'outils de diagnostic et d'indicateurs pour les PME et les TPE². Ces éléments devraient être repris dans le Plan santé au travail 2010-2014³, qui pourra s'appuyer sur les réflexions de la « Mission sur le stress au travail », installée le 3 novembre 2009 par le Premier ministre⁴.

1 - Aucune pénalité financière n'est prévue à ce jour pour les entreprises qui n'auraient pas engagé de telles négociations : l'incitation se fera par l'obligation de transparence dans les avancées accomplies par les entreprises. Les directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) publieront le bilan des négociations et la liste des entreprises qui n'auront pas négocié.

2 - Cela sera réalisé avec l'appui de l'ANACT, de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et des services de santé au travail.

3 - Ce Plan a été présenté le 15 janvier 2010 par Xavier Darcos. Il se fixe pour principaux objectifs de diminuer l'exposition aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de développer une politique de prévention active contre des risques clairement identifiés, au profit des secteurs professionnels ou des publics les plus sensibles.

4 - Mission conduite par Henri Lachmann, président du Conseil de surveillance de Schneider Electric, Christian Larose, président de la section du travail du Conseil économique, social et environnemental, et Muriel Pénicaud, directrice générale des ressources humaines du groupe Danone. La mission devra s'appuyer « sur le recensement des bonnes pratiques », afin de « formuler des propositions pour mieux intégrer la prévention du stress dans la démarche

La complexité du problème et la multiplicité des acteurs plaident pour une approche intégrée, où chacun contribue à son niveau. Aucune solution n'est à privilégier en particulier – obligation contre dialogue, droit dur contre droit informel, réponse sanitaire contre non sanitaire –, chacune étant au contraire amenée à trouver sa place dans une politique pensée dans sa globalité.

2.1. Entre obligation et sanction : quel recours aux dispositifs législatifs ?

Devenue un des lieux de définition de la personne, l'entreprise se trouve à ce titre incluse dans le champ de la santé mentale. Il paraît donc important de s'interroger sur les manières de responsabiliser les entreprises, de les inciter à investir et à s'investir dans la prévention et la promotion de la santé mentale.

Comment conduire les employeurs à s'engager dans une telle démarche ? Ils ont a priori tout à y gagner, aussi bien en termes d'image de marque, de cohésion des employés que de productivité¹. Les questions de santé au travail sont souvent traitées sur un mode consensuel, ce qu'illustre le slogan de l'Agence européenne de santé et sécurité au travail : « Lieux de travail sains. Bon pour vous. Bon pour les affaires ». D'aucuns s'opposent à ce schéma de pensée qui conduit à évaluer le « rendement de l'investissement » consenti plutôt qu'à réfléchir dans une optique de « devoir d'investissement » dans un milieu de travail sans risques pour la santé mentale.

En France, il n'existe pas de réglementation spécifique à la prévention du stress au travail mais une obligation générale d'évaluation et de prévention des risques stipule l'obligation de protéger la santé mentale des salariés².

générale de prévention des risques professionnels des entreprises », et délivrer son rapport au début du mois de février 2010. Parallèlement, Jean-François Copé, président du groupe UMP, et Pierre Méhaignerie, président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, ont créé une Commission de réflexion sur la souffrance au travail, qui regroupe quatre ateliers qui conduiront des auditions et auxquels pourront librement participer les organisations représentatives syndicales et patronales : Atelier « santé » : Quels impacts des conditions de travail sur la santé ? ; Atelier « organisations » : Comment humaniser les nouvelles organisations contraintes par la loi et le marché ? ; Atelier « nouvelles technologies » : Les nouvelles technologies, maîtrisées ou subies par l'homme ? ; Atelier « management » : Vers un nouveau management ?

1 - En raison de leurs conséquences sur le fonctionnement de l'entreprise (absentéisme, *turnover*, perte de productivité, dégradation du climat social, mauvaise ambiance de travail, démotivation, baisse de créativité), le stress et les troubles musculo-squelettiques en milieu professionnel engendrent un coût économique important pour l'entreprise mais aussi pour la collectivité et la société en général.

2 - Comme le rappelle Jean-Emmanuel Ray dans « Les libertés dans l'entreprise » (*Pouvoirs*, n° 130, 2009/3), « en France, depuis 2002, l'article L. 4121-1 a mis à la charge de l'employeur l'obligation de veiller à la santé physique mais aussi désormais mentale des salariés. Et depuis les arrêts *Amiante* du 28 février 2002, l'obligation générale de sécurité est devenue une obligation de résultat ». L'article L. 4121-1 du code du travail stipule que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Au-delà de ces dispositions générales, la prévention du stress au travail peut s'appuyer sur des réglementations particulières visant certains risques susceptibles de constituer des sources de stress (bruit, travail sur écran, etc.), des dispositions réglementaires relatives à certains modes d'organisation (travail de nuit, en équipe de suppléance, travail posté), ou aux relations de travail (principe de non-discrimination, interdiction du harcèlement moral et obligation de le prévenir).

Plusieurs experts mettent en doute l'utilité d'un réflexe législatif systématique : mieux vaudrait s'employer à correctement appliquer les textes existants. Rappelons que le droit du travail français est reconnu comme très protecteur. Une législation trop stricte en matière de sécurité et de santé au travail pourrait se solder par des exacerbations des conflits au sein de l'entreprise et *in fine* par une mise sous pression des salariés par les employeurs. De telles hypothèses sont à considérer avec prudence : il ne s'agit pas d'un débat opposant régulation *versus* dérégulation mais plutôt d'une invitation à rechercher les régulations souhaitables et utiles pour l'avenir.

Exemple caractéristique, la reconnaissance des conséquences du stress excessif au travail comme maladie professionnelle est une question aujourd'hui fortement débattue. D'un côté, une telle mesure représenterait un élément incitatif fort pour les dirigeants, la prise en charge par la branche AT/MP de la Sécurité sociale se répercutant sur les cotisations de l'entreprise¹. Pour beaucoup, il convient d'internaliser les coûts engendrés par ces situations délétères pour la santé des travailleurs que l'entreprise n'assume que très partiellement et indirectement². De l'autre côté, certains redoutent l'ampleur de l'enjeu financier et économique d'une mesure qui conduirait à renchérir mécaniquement le coût du travail en France³. En outre, cette disposition pourrait conduire à un retrait d'activité des personnes ayant subi ces problèmes de stress, en renforçant en quelque sorte la « culture de la

1 - En créant, dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale, une branche particulière aux AT/MP, abondée par les cotisations des employeurs, le législateur a mutualisé les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés. Il en a imputé les conséquences financières à la charge de la collectivité des entreprises. La Sécurité sociale indemnise les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans des conditions plus avantageuses que pour des affections de droit commun. Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque (physique, chimique, biologique) ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle, et si elle est inscrite au tableau des maladies professionnelles du livre IV. À ce jour, les pathologies dites psychosociales, comme le stress, n'y figurent pas. Toutefois, elles peuvent être reconnues et donc réparées comme maladie professionnelle lorsqu'il est établi qu'elles sont causées par le travail habituel de la victime et qu'elles entraînent le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (cas marginal qui ne représente que 3 % des cas au final).

2 - De plus, comme évoqué par Pierre-Louis Bras de l'IGAS dans le rapport produit en 2007, *Réformer la tarification pour inciter à la prévention*, les cotisations AT/MP payées par les entreprises sont peu incitatives car peu reliées au degré de sinistre observé dans l'entreprise.

3 - En France, le coût direct et indirect du stress peut être évalué entre 1,2 et 2 milliards d'euros par an, ce qui équivaut à 3 ou 3,5 millions de journées de travail perdues et 14,4 % à 24,2 % des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) de la Sécurité sociale (Béjean et Sultan-Taïeb, 2005). On comprend alors que la reconnaissance des maladies psychosociales comme maladie professionnelle aurait des conséquences économiques très importantes.

prestation d'invalidité » (encadré n° 29). Bien que nécessaires pour protéger les salariés dont la santé est altérée, les dispositifs d'invalidité devraient être relayés par des dispositifs de retour progressif au travail, centrés sur un aménagement du poste dans une optique de prévention tertiaire.

Encadré n° 29

Les prestations d'invalidité, le travail et la santé mentale

Le 15 mai 2009, l'OCDE et le gouvernement suédois organisaient à Stockholm le « Forum à haut niveau sur la maladie, l'invalidité et le travail », symbole d'un intérêt politique fort pour cette problématique de l'invalidité, en lien avec celle de la santé mentale et du travail.

L'objectif était de s'interroger sur les mesures que doivent prendre les pouvoirs publics pour venir en aide aux personnes dont la capacité de travail est limitée par une maladie ou un handicap, et particulièrement en ces temps de crise économique. Pour rappel, en 2007, 30,2 millions de personnes bénéficiaient d'une pension d'invalidité contre 27,9 millions de prestations de chômage, dans la zone OCDE.

Un des risques posés par le ralentissement économique actuel est qu'il aboutisse à une augmentation des prestations d'invalidité, comme ce fut le cas par le passé. Certains travailleurs âgés qui perdaient leur emploi étaient orientés vers les régimes d'invalidité plutôt que de chômage, ce qui facilitait une baisse des chiffres du chômage avec, en contrepartie, un coût élevé pour les finances publiques. En outre, on sait que la plupart des personnes qui perçoivent une pension d'invalidité pendant plus d'un an ne réintègrent jamais le marché du travail, ce qui a de graves conséquences, notamment en matière de santé mentale. Ces personnes se retrouvent confrontées à des phénomènes de « trappe à exclusion » et de perte d'estime de soi.

Une réforme structurelle des prestations d'invalidité doit permettre de promouvoir une culture d'inclusion qui met l'accent sur la capacité de travail, visant la réhabilitation de la personne et la réadaptation du poste, plutôt que sur l'incapacité. En outre, comme le rappelle l'OCDE, des incitations financières plus efficaces sont nécessaires pour aider les bénéficiaires des prestations d'invalidité et d'assurance maladie, avec trois objectifs : « 1) gérer les services de santé et d'emploi de manière à maintenir des liens entre les personnes à capacité de travail réduite et le marché du travail ; 2) inciter financièrement les employeurs à éviter le départ des salariés dont la capacité de travail est réduite ; 3) encourager ces travailleurs à consentir les efforts nécessaires pour conserver leur emploi ou réintégrer le marché du travail ».

2.2. Quelle place pour le dialogue social ?

L'intensité des débats sur les questions ayant trait aux risques psychosociaux liés au travail invite à entamer des démarches de dialogue social, qui, dans le droit du travail, occupe une place de première importance, en permettant

d'édicter des conventions et des accords collectifs. Ainsi, trois négociations sociales en lien avec la santé mentale au travail ont eu lieu dernièrement :

- l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail, signé le 2 juillet 2008 par l'ensemble des syndicats patronaux et de salariés, résulte de la transposition dans le droit français de l'accord-cadre européen sur le stress au travail du 8 octobre 2004¹. Il instaure un cadre de référence mais ne crée aucune obligation réglementaire nouvelle : il doit servir d'appui pour la négociation et l'action en entreprise ;
- une autre négociation portant sur la réforme de la médecine du travail a abouti en septembre 2009 à un protocole d'accord entre les partenaires sociaux, protocole que les syndicats ont refusé de signer car jugé « largement insuffisant »² ;
- enfin, les partenaires sociaux ont entamé, le 29 octobre 2009, la négociation sur le harcèlement et la violence au travail : d'entrée de jeu, syndicats et patronat se sont opposés sur le fait de reconnaître ou non les modes de management et d'organisation comme potentiellement responsables de ces phénomènes.

Ces trois exemples illustrent bien les avantages et les risques de recourir aux négociations sociales dans de telles situations. D'un côté, elles favorisent le dialogue et légitiment l'action, de l'autre, l'impératif de consensus fait porter un risque de règles minimum et de cristallisation des incompréhensions mutuelles.

1 - Cet accord national met en avant la nécessité d'agir sur les causes de stress dans l'organisation du travail, propose des indicateurs de situations à risques, suggère des pistes de prévention.

2 - Si le texte ne traitait pas l'ensemble des thèmes annoncés en juillet 2008 par Xavier Bertrand, il abordait néanmoins des points importants : il soulignait la nécessité de renforcer la détection et le signalement précoce des personnes présentant un risque de désinsertion professionnelle ; modifiait la périodicité des visites médicales (ne pouvant excéder trois ans contre deux ans actuellement) ; mettait en place des « entretiens médico-professionnels » assurés par un infirmier en santé au travail, sous délégation du médecin du travail. C'est contre cette dernière mesure que les syndicats et les médecins du travail se sont le plus élevés. La polémique provient en partie d'une incertitude sur le statut et le rôle de l'infirmier de santé au travail, un problème statutaire qui fait de l'obtention d'une validation des acquis une revendication forte de cette profession. D'autres sujets controversés, en particulier le financement des services de santé interentreprises, ou dispersés, étaient renvoyés à une « commission de suivi ».

Encadré n° 30**Partenaires sociaux et très petites entreprises : quels leviers d'action ?¹**

Bien que relevant de réalités variées, les très petites entreprises (TPE) constituent un point d'achoppement de la démocratie sociale dans l'entreprise. La résolution des tensions susceptibles de détériorer la santé mentale des salariés y est difficile, notamment parce qu'elle est renvoyée aux relations personnelles, sans médiation pour en atténuer la violence potentielle. Ce constat est d'autant plus problématique que les TPE sont loin d'être une réalité marginale : elles représentent, selon des données recueillies en 2006, plus de 95 % de l'ensemble des entreprises en France² et emploient presque 30 % du total des salariés (hors administrations).

Or les relations sociales entre représentants des salariés et représentants des employeurs y apparaissent rarement sous une forme institutionnalisée, et les acteurs ne semblent guère disposés (dans le double sens, commun et sociologique, du terme) au dialogue social. La représentation des salariés est très faible dans les TPE, dont la seule institution représentative du personnel (IRP) prévue dans le Code du travail est le délégué du personnel. Une étude de la DARES³ montre que, dans les entreprises de moins de cinquante salariés, le taux de syndicalisation serait de 3,5 %, la présence syndicale sur le lieu de travail de 8,3 %, celle dans l'entreprise de 19 %. Ceci se traduit concrètement par la faiblesse des pratiques de négociation : seulement 6 % des entreprises n'ayant pas de délégué syndical ont ouvert une négociation collective en 2007⁴. Si la discussion et la résolution des conflits dans les TPE peuvent se faire au travers de relations sociales informelles, elles prennent rarement une forme institutionnalisée, ancrée dans un dialogue social entre partenaires sociaux ou représentants des deux parties.

Différents dispositifs sont envisageables pour pallier les insuffisances de la représentation dans les TPE et y stimuler le dialogue social. Il existe des moyens de favoriser des modes de représentation éventuellement plus souples que les cadres traditionnels dans l'entreprise (mandatement, délégué de site, commissions paritaires locales) ou à une échelle élargie (dialogue social territorial, etc.). La reconnaissance partagée de l'importance des problèmes de santé (physique et mentale) et de sécurité au travail pourrait constituer un levier pour mettre en place des dispositifs spécifiques de négociation collective.

1 - Cet encadré s'appuie largement sur les n° 154 et 156 de *La Note de veille* du Centre d'analyse stratégique sur « Les relations sociales dans 'les mondes' des très petites entreprises », rédigés par Benoît Verrier, octobre 2009.

2 - La définition retenue vise les entreprises indépendantes de 0 à 19 salariés.

3 - Amossé T., « Mythes et réalités de la syndicalisation en France », *Premières Synthèses*, n° 44.2, DARES, 2004.

4 - Carlier A. et Naboulet A., « Négociations collectives et grèves dans les entreprises du secteur marchand en 2007 », *Premières Synthèses*, n° 18.2, DARES, 2009.

2.3. Les initiatives non réglementaires, un recours complémentaire à ne pas négliger ni surestimer

Le droit informel, appelé *soft law* en anglais, est un ensemble de règles dont la « juridicité » est discutée car elles sont non obligatoires, ce qui est a priori contraire à l'essence du droit¹. Qu'ils prennent la forme de normes, de labels ou encore de chartes, ces instruments reposent tous sur le principe du volontariat, ce qui peut laisser sceptique quant à leur impact réel. On est alors amené à s'interroger sur les bénéfices constatés de ces dispositifs dans le champ de la santé mentale au sein de la sphère professionnelle.

En matière de normalisation internationale de santé et sécurité au travail, il n'existe à ce jour aucune norme ISO et aucun projet en cours². Ce déficit s'explique par le refus à deux reprises de plusieurs pays membres de l'Organisation internationale de normalisation, dont la France, pour diverses raisons³.

Cependant, deux systèmes de référentiel et de certification sont reconnus au niveau international : la spécification britannique OHSAS 18001 relative au Système de management de la santé et de la sécurité au travail (SMSST)⁴ et le référentiel ILO-OSH 2001 « Principes directeurs des systèmes de management de la santé et la sécurité au travail », développé par le Bureau international du travail, qui est le seul référentiel international dans un cadre tripartite, pouvoirs publics, employeurs et travailleurs.

À l'heure actuelle, 650 entreprises en France sont certifiées par l'AFNOR au travers de ces deux référentiels, ce qui laisse entrevoir un intérêt très modeste pour cette démarche, qui demeure volontaire. Dans ce cadre, les entreprises pourraient être incitées à s'impliquer grâce à des travaux évaluatifs, à l'image de l'étude comparative menée actuellement par la CRAM

1 - Le concept de *soft law* trouve à s'appliquer notamment dans le domaine de l'éthique. Si l'éthique a parfois besoin de lois, comme en matière de bioéthique, elle se prête plus facilement à une expression normative souple. Quantité de chartes éthiques ont ainsi vu le jour dans des entreprises, afin de fédérer les salariés autour de certaines valeurs qui déterminent des comportements. De nombreux chercheurs en concluent que l'on a dépassé le phénomène de mode et que ces chartes éthiques représentent souvent un instrument de gestion de l'entreprise, et peuvent prescrire des comportements précis.

2 - La normalisation se pratique sous l'égide d'organismes de normalisation internationaux, européens et nationaux, tels que l'ISO, la CEI, le CEN-CENELEC. En France, l'Association française de normalisation (AFNOR) veille au respect des principes et des procédures spécifiques à cette activité menée par les bureaux de normalisation, organismes agréés par l'État pour élaborer des normes.

3 - Le système législatif serait suffisamment protecteur, la sécurité et santé au travail relèveraient du domaine des relations sociales (nécessité de prendre en compte les spécificités culturelles, structurelles et opérationnelles de chaque pays), et il faudrait veiller à conserver une souplesse des systèmes de management pour s'adapter à la taille et aux risques des entreprises, en particulier des PME.

4 - L'OHSAS 18001 (*Occupational Health and Safety Assessment Series*) est un référentiel né en 1999 à l'initiative du BSI (British Standard Institute) et révisé en 2007, en prenant en considération les dispositions des normes ISO 9001 et ISO 1400. Ce référentiel est déjà volontairement appliqué dans une certaine de pays.

d'Île-de-France entre les entreprises certifiées et non certifiées MSST. Les bénéfices démontrés pourraient être divers : réduction des accidents du travail, amélioration de la productivité de l'entreprise, réduction des coûts en maîtrisant les risques liés à la sécurité du personnel, diminution du risque pénal en cas d'accident, intégration de la prévention à tous les niveaux de l'entreprise, en impliquant dirigeants et personnel dans la démarche (cf. annexe 7).

Un autre levier pourrait être le comportement du consommateur, dans l'hypothèse où ce dernier viserait à récompenser par ses achats les démarches de certification. Cependant, l'expérience des certifications environnementales démontre que les impacts sur la consommation demeurent très limités et que la crainte de voir se multiplier les dispositifs législatifs, cette fois-ci contraignants, se révèle plus motivante pour susciter ce type de « volontariat ».

En outre, la recherche de la certification comme une fin en soi, c'est-à-dire sans qu'elle soit considérée comme un moyen dans une démarche de progrès, se solde souvent par une démarche formelle et superficielle, avec une implication faible de l'ensemble du personnel et des changements limités. Le risque est que la RSE ne se traduise que par une bureaucratisation excessive. Lorsque l'entreprise décide au contraire de s'impliquer réellement pour améliorer la santé et la sécurité de ses salariés, les dispositifs de *soft law* peuvent favoriser le développement d'un espace de création ou de dialogue, dans lequel chacun est heureux de s'investir.

Troisième élément, la procédure de certification peut se révéler lourde et compliquée pour les moyennes et petites entreprises. En outre, les grandes entreprises qui veulent obtenir la certification font bien souvent porter la charge de la mise en conformité sur leurs partenaires (fournisseurs, prestataires, etc.), sans leur en donner les moyens. Adopter une démarche progressive et personnalisée semble la tactique la plus à même d'enclencher une progression pour les PME. Les chartes, comme celle « des bonnes relations humaines dans l'entreprise »¹, peuvent alors être un premier pas pour établir le dialogue entre les parties concernées car, sur ce modèle, les employés sont également signataires de la charte et vont s'inscrire dans une démarche participative toujours pédagogique. L'expérience montre que l'implication des syndicats est à ce titre indispensable.

1 - En février 2009, pour « redonner aux relations humaines une place centrale dans l'entreprise et améliorer le bien-être au travail », un fondateur de cabinet de recrutement (Françoise Bouyer, BeThe1), un DRH (Pierre Hurstel, Ernst & Young) et un philosophe (Samuel Rouvillois) ont rédigé une charte, soutenue par le ministère du Travail et parrainée par des associations patronales comme Croissance Plus, le Centre des jeunes dirigeants, la Commission Coaching et Networking de l'Association française des Anciens de Harvard Business School. « La Charte des bonnes relations humaines dans l'entreprise » propose un ensemble d'attitudes à adopter au sein de l'entreprise par toute personne qui y travaille, vis-à-vis de soi, des autres et de l'entreprise, par le manager et par le dirigeant.

3. Préserver la santé mentale des salariés par « gros temps » : de la restructuration au reclassement

3.1. La restructuration, un laboratoire permanent de la santé mentale dans la nouvelle économie

Au printemps 2009 était remis à la Commission européenne le rapport HIRES¹ portant sur les effets des restructurations d'entreprises sur la santé, réalisé avec le concours d'une quinzaine d'experts européens. Ce travail répond à un réel besoin car le sujet, connu de longue date, avait encore suscité peu d'intérêt, tant chez les chercheurs qu'auprès de l'opinion publique, et n'avait donné lieu à aucune mesure significative.

Les restructurations et les réorganisations sont devenues dans les sociétés européennes une pratique courante, symbole de l'économie « créatrice/destructrice ». Elles peuvent prendre des formes diverses – fermetures, réductions d'effectifs, externalisations, délocalisations, sous-traitance, fusions, mobilités internes, etc. – et affectent le secteur privé comme le secteur public. Ces phénomènes ne sont traités qu'« à chaud », de manière ponctuelle, alors qu'il faudrait prendre en considération leur caractère récurrent et structurel.

Les restructurations ont un impact important sur la santé des salariés partants ou « survivants ». Des études qualitatives démontrent que certains subissent des pertes de l'estime de soi et de la stabilité affective, mais souffrent aussi de troubles du sommeil, de détresse psychologique, voire de dépression et d'anxiété. Des travaux conduits en Suède et au Danemark font même état de surmortalité des salariés exposés aux fermetures d'entreprises.

En outre, suite aux restructurations, on observe une augmentation du travail temporaire, du travail indépendant et des emplois précaires, tous associés à des conditions de travail et de santé dégradées. Les « rescapés » subissent une augmentation de la charge de travail, une intensification du travail, des contraintes physiques plus grandes (particulièrement pour les femmes et les jeunes), des troubles musculo-squelettiques et une augmentation du nombre des invalidités.

Préserver la santé doit donc être un souci essentiel pour tous ceux qui participent aux processus de restructuration. Or c'est justement un des aspects les plus négligés des changements organisationnels. Ce ne sont pas

1 - Rapport *Health in restructuring*, disponible sur : www.astrees.org/fic_bdd/article_pdf_fichier/1241706166_La_sante_dans_les_restructurations_Le_rapport_HIRES.pdf.

nécessairement ces changements eux-mêmes qui sont les plus nuisibles, mais la précipitation et l'absence d'informations avec lesquelles ils sont le plus souvent mis en œuvre.

Partant du fait que les transitions professionnelles ont souvent des implications qui dépassent les capacités personnelles requises pour s'adapter aux difficultés de la vie, le rapport HIREs développe le concept de « convoi social », qui permet à la société dans son ensemble et à tous les acteurs impliqués d'assumer une responsabilité sociale pour atténuer ce processus. Il plaide en faveur d'une nouvelle priorité de la santé au cours des restructurations et d'une réinternalisation de leurs coûts sanitaires. Il insiste sur la nécessité d'élargir le concept de restructuration qui se limite trop souvent à la dimension économique et formule douze recommandations parmi lesquelles :

- la mise en place d'une véritable surveillance de l'état de santé des salariés en restructuration ;
- la définition des restructurations et changements organisationnels majeurs comme facteurs de risques professionnels ;
- l'instauration d'un principe de responsabilité des entreprises face aux conséquences sanitaires des restructurations ;
- la sensibilisation massive des managers et des instances de dialogue social aux liens entre santé et restructurations ;
- la définition d'une stratégie publique adaptée, notamment pour l'inspection du travail.

3.2. Reclassement et reconversion : parier sur les individus et sur les collectifs

Les politiques visant à favoriser le reclassement¹ et la reconversion doivent être soutenues, les mesures actives de l'emploi se heurtant pour l'instant

1 - Dans les entreprises de moins de 1 000 salariés, le contrat de reclassement professionnel (CRP) et le contrat de transition professionnelle (CTP), expérimentés dans certains bassins d'emploi, offrent aux licenciés économiques des prestations pour faciliter le retour à l'emploi (formations, suivi personnalisé, accompagnement dans la recherche d'emploi, etc.). Le CTP est caractérisé par un plus grand nombre de formations que le CRP. Deux études publiées par la DARES en octobre 2009 montrent que les personnes ayant pu bénéficier de ce type d'accompagnement renforcé (CRP et CTP) se déclarent plus satisfaites que les autres licenciés économiques des formations obtenues, mais aussi du déroulement des entretiens, ou encore des actions réalisées pour la recherche d'emploi. Reste à savoir si le CTP peut être généralisé à tous les bassins d'emploi, son coût moyen étant évalué à 15 000 euros par an par la DGEFP dans son rapport *Évaluation à mi-parcours du contrat de transition professionnelle*. D'autres dispositifs ont été mis en œuvre à titre expérimental pour des demandeurs d'emploi présentant des risques de longue durée, par des opérateurs privés de placement (OPP) ou par l'ANPE dans le cadre du dispositif « Cap vers l'entreprise » (CVE). L'étude 41.1 de la DARES d'octobre 2009 montre de manière très intéressante que moins de la moitié des personnes orientées vers un de ces dispositifs y a effectivement accédé. La première raison invoquée par les demandeurs ayant refusé est que le parcours ne leur avait pas été proposé (réellement ou perçu comme tel). En outre, d'autres facteurs interviennent comme l'absence de contact entre le demandeur d'emploi et le prestataire, le non-déplacement du demandeur d'emploi à la réunion de présentation, le refus explicite d'adhésion (motivé par la conviction de retrouver un emploi) ou encore le non-respect des conditions d'éligibilité.

au scepticisme des personnes censées en bénéficier. La mise en place de la réforme de la formation professionnelle est notamment une priorité. Le système français de formations continues fait l'objet de nombreuses critiques, certains déplorant l'incohérence dans leur mise en place, les degrés variables de qualité, de coûts ou de délais pour les obtenir.

Le caractère inéquitable de l'accès aux formations continues est souligné depuis de nombreuses années mais ce problème n'a pas reçu à ce jour de réponse appropriée¹. En effet, des écarts très importants de taux d'accès à la formation sont constatés en fonction de l'âge – l'accès est d'autant plus important que l'on est jeune – et de la catégorie socioprofessionnelle : les cadres sont privilégiés ; viennent ensuite les professions intermédiaires, les ouvriers et employés, puis les agriculteurs et les chefs d'entreprise.

L'accord national interprofessionnel du 7 janvier 2009 sur la formation continue fait de ce problème une priorité : il définit un objectif chiffré de doublement du taux d'accès à la formation de certaines catégories de salariés, notamment les personnes sans diplôme et les salariés âgés, et crée un Fonds national de sécurisation des parcours professionnels (FNSPP) doté de près d'un milliard d'euros, dédié à cet objectif. Le projet de loi relatif à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie, débattu au Parlement, inscrit ce nouveau fonds dans le Code du travail.

Par ailleurs, le peu de valeur accordée aux formations sur le marché du travail est souvent incriminé pour expliquer le désintérêt relatif qu'elles suscitent, au même titre que l'absence de concordance entre les souhaits de la personne et les projets de formation qui lui sont proposés.

Investir en parallèle dans les collectifs pourrait se révéler une stratégie adaptée aux réalités du contexte économique actuel et de ses évolutions. De fait, on a tendance aujourd'hui à privilégier les initiatives individuelles et l'accompagnement social au détriment de solutions plus collectives : ce type de politiques d'activation collective mériterait une attention plus grande. Ces formes alternatives relèvent de l'économie sociale et solidaire, tout en étant présentes sur les marchés concurrentiels et devant donc répondre à des critères d'efficacité. Le prix Nobel d'économie décerné en octobre 2009 à Elinor Ostrom, auteur de travaux très importants sur la gestion par les communautés de leurs outils collectifs, pourrait inciter à mettre au centre de la réflexion ces autres modes de production qui favorisent la mise en commun des moyens, le fonctionnement démocratique, l'accession à la responsabilité et à l'initiative économique, y compris sa rentabilité sur des bases plus égalitaires.

Le ministère de l'Industrie a soutenu, dans le cadre de la préparation des états généraux de l'industrie, le développement de coopératives de travail pour les PME/PMI de moins de cent salariés, qui selon lui permettent de favoriser la

1 - Centre d'analyse stratégique, *La Mesure du déclassement*, *op. cit.*

motivation des salariés co-entrepreneurs, le « patriotisme économique » – la majorité du capital étant détenue par les salariés – ou encore la constitution d'un fonds propre solide.

Parmi ces initiatives collectives, la SCOP (Société coopérative de production) est une SA ou une SARL dont l'originalité repose sur le fait que les salariés sont associés majoritaires de l'entreprise dont ils détiennent au moins 51 % du capital et 65 % des droits de vote. Ils décident ensemble des grandes orientations de leur entreprise et désignent leurs dirigeants. Ils décident également du partage des bénéfices entre participation, intéressement, dividendes et réserves pour consolider les fonds propres et garantir la pérennité de l'entreprise.

En cas de dépôt de bilan de TPE, cette solution pourrait être préférée à d'autres : les « apprentis entrepreneurs » connaissent mieux que personne les caractéristiques de leur entreprise. Afin de favoriser ce type d'initiatives, les consultants de l'Union régionale aux entreprises coopératives offrent un appui technique et humain indispensable, avec notamment des formations adaptées en direction des associés salariés (modules stratégie et développement, analyse financière, management coopératif).

Ce modèle humain de management pourrait être un remède à l'augmentation des risques psychosociaux liés au travail. Certains exemples en France démontrent les effets potentiellement bénéfiques sur la santé mentale des salariés : beaucoup témoignent d'un climat de travail transformé, avec une nouvelle envie qui insuffle un dynamisme certain à l'entreprise.

En 2008, on ne comptait pourtant en France que 1 895 SCOP, tous secteurs compris, preuve que ce type de dispositifs doit encore être soutenu par des aides financières et humaines, et par des campagnes d'information.



Une politique de santé mentale en milieu de travail se doit de cibler toutes les situations, environnements et contextes susceptibles d'être nocifs pour le bien-être des salariés. En outre, de la même manière que la santé mentale ne se restreint pas à l'absence de maladie mentale, la stratégie de promotion et de prévention en entreprise doit favoriser les relations propices à une santé mentale optimale pour chacun. Ce deuxième objectif est trop souvent négligé, ce qui reflète bien « la conception par la négative » que les Français ont de cette problématique¹.

1 - Exemple révélateur, le débat en France porte sur la pénibilité ou la souffrance au travail, alors que dans d'autres pays, les notions de conditions et de bien-être au travail sont privilégiées.

Recommandations

- Décloisonner l'approche des problèmes de santé en favorisant un rapprochement des milieux de santé du travail et de santé publique.
- Confier à un organisme de santé publique, comme l'InVS, le soin de recenser l'ensemble des études existantes sur les RPS. Sur cette base, l'organisme pourra concevoir de nouvelles études qui apparaîtraient nécessaires à l'évaluation des risques et situations au niveau national.
- Promouvoir des modes d'organisation du travail plus respectueux du bien-être. Mettre en place des démarches de sensibilisation et de formation pour l'action des principaux groupes d'acteurs jouant un rôle clé, dans et hors l'entreprise, afin d'en faire l'affaire de tous, des élèves de grandes écoles aux dirigeants de grandes entreprises, en passant par les cabinets de conseil en organisation et en management.
- Encourager l'évaluation des risques au sein de l'entreprise en mettant en place avec l'aide des professionnels de santé un système de détection de signaux avant-coureurs, sur le modèle des observatoires du stress déjà mis en place dans certaines grandes entreprises.
- Mettre en place des actions territoriales (bassins d'emploi) au service de la santé mentale dans les PME, incluant des dispositifs sanitaires – les Plans régionaux de santé au travail (PRST), qui seront la déclinaison du Plan national de santé au travail qui sera mis en place en 2010, seront à cet effet déterminants – et non sanitaires (aides pour faciliter les transitions professionnelles).
- Inciter les CHSCT à organiser une concertation annuelle sur les risques psychosociaux et organisationnels ainsi qu'au cours des processus de restructuration ou de réorganisation.
- Faciliter le maintien dans l'emploi des salariés confrontés à une inaptitude ou à des problèmes de santé mentale.
- Faire mieux jouer la responsabilité sociale des entreprises, fondée sur des démarches de chartes, labels, etc. Une normalisation internationale ISO sur la santé et la sécurité au travail peut être à ré-envisager dans ce contexte.
- Approfondir les politiques d'activation individuelle mais aussi collective, en favorisant la formation continue et l'initiative économique (par exemple, le statut de Société coopérative de production reste aujourd'hui méconnu).



Un vieillissement « réussi » pour tous ?

Si les tendances sociodémographiques actuelles se confirment, le vieillissement de la population française devrait s'accroître de manière inéluctable durant les prochaines décennies. L'allongement de l'espérance de vie également prévu ne ferait que renforcer ce phénomène. Selon l'INSEE, d'ici à 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans, cette progression devant connaître son pic d'ici à 2030 avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975. Ainsi, en 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005.

Ces prévisions posent un défi majeur pour l'avenir, à savoir l'aménagement de ce nouveau temps de vie pour une population sans cesse plus importante. Il s'agit de se donner les moyens de promouvoir un vieillissement qui prenne en compte le bien-être et la bonne santé mentale, autant pour les intéressés que pour leur entourage, tout en répondant aux réalités démographiques et économiques de demain.

1. Concevoir un vieillissement heureux et actif

À la conception d'un vieillissement passif s'est récemment substituée une vision plus proactive du vieillissement, en phase avec les réalités actuelles. Avec l'allongement de l'espérance de vie se dégage un nouvel âge actif. Au-delà du nécessaire retour vers l'emploi des seniors, ce phénomène implique de promouvoir les moyens d'une vie saine, bien remplie et socialement épanouie dans la longévité.

1.1. Les conditions d'un maintien dans l'emploi des seniors

La nécessité de maintenir plus longtemps les seniors dans l'emploi est désormais communément admise, légitimée en partie par l'allongement de l'espérance de vie. Seuls 38 % des Français sont encore au travail entre 55 et 64 ans aujourd'hui. Le chiffre passe à 16 % pour les 60-64 ans¹. Or les tendances sociodémographiques actuelles laissent présager à système inchangé une pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée et une réduction de la population active cotisante peu viables pour la croissance économique et la soutenabilité du système des retraites.

À la question « *travailler vieux pour vivre mieux ?* », la réponse est pourtant loin d'être univoque. Si, pour certains, le maintien au travail après 55 ans est bénéfique pour la santé mentale, on ne peut en faire une généralité. Le travail permet certes de garder une occupation et de préserver les liens sociaux. Il est d'autant plus difficile à quitter qu'il contribue à la réalisation de soi. Toutefois, il n'est pas forcément source d'épanouissement pour tous, arrivé un certain âge, du fait notamment de sa pénibilité. La prise en compte de ces données semble essentielle dans le cadre des réformes à venir.

Plusieurs solutions ont été préconisées pour le maintien des seniors dans la population active. Certaines ont fait l'objet d'initiatives politiques. C'est le cas de la restriction de l'accès aux dispositifs de départ anticipé et des incitations financières, tant à destination des salariés que des employeurs, comme le report progressif de l'âge limite de départ à la retraite, l'allongement de la durée de cotisation pour obtenir une retraite complète, les mécanismes de surcote et de décote, ou les dispositifs prévus par le Plan senior (encadré n° 31).

Ces mesures s'attachent à répondre au besoin important d'une évolution des représentations socioculturelles, autant de la part des employeurs que des seniors eux-mêmes, qui est une condition essentielle de leur succès. En France, en 2007, 68 % des seniors considèrent la discrimination liée à l'âge comme le frein principal à un nouvel emploi, contre 10 % seulement qui estiment que leur entreprise accueillerait volontiers des seniors. En parallèle, il semble important également de noter que seulement 15 % des Français de plus de 50 ans souhaitent reprendre une activité professionnelle, même partielle, pendant leur retraite².

1 - DARES, « Emploi et chômage des 50-64 ans en 2008 », *Premières Synthèses*, n° 39.2, septembre 2009.

2 - Étude AARP/Towers Perrin sur les enjeux liés au vieillissement de la population active, www.aarp.org/2007profitsurvey.

Encadré n° 31**Les initiatives politiques en faveur de l'emploi des seniors en France**

Dès 2003, une première réforme des retraites à l'occasion de la loi Fillon¹ introduit des mesures en faveur de l'emploi des seniors : volonté de repousser, à compter de 2009, l'âge de départ par l'allongement progressif de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite complète pour atteindre 41 ans en 2012 au lieu des 40 ans en vigueur, assouplissement des règles du cumul emploi-retraite et instauration d'une surcote pour que les salariés qui continuent à travailler au-delà de l'âge légal de la retraite soient récompensés par une hausse du montant de leur pension.

Les préconisations de l'Union européenne en matière d'emploi des seniors ont encouragé les politiques français à persévérer dans cette voie. Moins de la moitié des pays de l'UE, douze exactement, ont atteint en 2007 l'objectif de 50 % de taux d'emploi des seniors fixé par la Stratégie de Lisbonne. La France, qui fait partie des pays employant le moins ses salariés au-delà de 55 ans² (38 % de seniors en activité), s'est engagée à atteindre un taux européen moyen d'emploi des 55-64 ans de 50 % d'ici 2010, avec le lancement en 2006 du « Plan d'action concerté pour l'emploi des seniors 2006-2010 ».

Avec la loi de finances de 2007³, les possibilités de préretraites qui nuisaient au maintien dans l'emploi ont été réduites. Celles encore autorisées présentent un coût aujourd'hui prohibitif pour les entreprises. Simultanément, l'âge auquel les allocations d'assurance chômage sont maintenues jusqu'à la liquidation d'une retraite (préretaire Unédic) a été progressivement repoussé. Il en va de même pour la dispense de recherche d'emploi qui a été relevée et qui devrait disparaître d'ici à 2013. Les modalités aménageant les départs anticipés à l'initiative de l'employeur ont été modifiées en défaveur de celui-ci. Enfin, l'âge limite de départ à la retraite a été revu à la hausse pour atteindre l'âge de 65 ans, réduisant encore les possibilités de départ anticipé.

Les objectifs fixés par le gouvernement ont été réaffirmés récemment avec l'adoption d'un nouveau panel de mesures à l'occasion de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale de 2009⁴. Celle-ci prévoit notamment des incitations financières afin d'encourager les seniors à travailler plus longtemps, à savoir la libéralisation du cumul emploi-retraite, l'élargissement des droits et la revalorisation concernant la surcote. Elle reporte également la limite d'âge de mise en retraite d'office à 70 ans dans le régime général. Chez les fonctionnaires, la limite d'âge est fixée à 65 ans pour tous.

1 - Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, publiée au JO le 22 août 2003 (dite loi Fillon).

2 - Selon Eurostat, la France atteint péniblement un taux d'emploi de ses seniors de 38,3 % en 2006 et de 41,3 % en 2007 (Enquête Emploi 2007 de l'INSEE), tandis que nos voisins nordiques et anglo-saxons font nettement mieux. La moyenne européenne se situe à 44,7 %. La Suède affiche 70 %, les Pays-Bas près de 48 % contre 26 % en 1995. Quant à la Grande-Bretagne, le chiffre est impressionnant : 71,9 % des hommes de 50 à 64 ans et des femmes entre 50 et 59 ans travaillent (source : www.wk-rh.fr).

3 - Loi n° 2007-1822 de finances pour 2008 du 24 décembre 2007, publiée au JO le 27 décembre 2007.

4 - Loi n° 2008-1330 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 du 17 décembre 2008, publiée au JO le 18 décembre 2008.

Enfin, le Code de la Sécurité sociale oblige les entreprises de plus de 50 salariés à mettre en place un Plan senior avant le 1^{er} janvier 2010 si elles ne sont pas déjà couvertes par un accord d'entreprise ou de groupe, sous peine de devoir acquitter une contribution égale à 1 % de leur masse salariale. Le plan d'action ou l'accord d'entreprise/de groupe doit comporter un objectif chiffré de maintien dans l'emploi des salariés d'au moins 55 ans ou de recrutement de salariés d'au moins 50 ans. Il doit également prévoir des dispositions favorables au maintien dans l'emploi et au recrutement des salariés âgés portant sur au moins trois des six domaines d'action suivants :

- le recrutement des salariés âgés dans l'entreprise ;
- l'anticipation de l'évolution des carrières professionnelles ;
- l'amélioration des conditions de travail et la prévention de la pénibilité ;
- le développement des compétences et des qualifications et l'accès à la formation ;
- l'aménagement des fins de carrière et la transition entre activité et retraite ;
- la transmission des savoirs et des compétences et le tutorat.

Pour chaque domaine d'action retenu, l'accord ou le plan doivent fixer des objectifs chiffrés, dont la réalisation est mesurée au moyen d'indicateurs.

Par la même occasion, un label a été mis en place par le gouvernement afin de cautionner ces actions, de crainte que les sanctions financières ne suffisent pas à augmenter le taux d'emploi des seniors. Les entreprises désireuses d'obtenir le label sont auditées par une structure accréditée sur la base des objectifs assignés par le gouvernement d'ici à janvier 2010, et s'engagent à rendre publics les résultats afin de partager et promouvoir leurs bonnes pratiques.

Pour être efficaces sur le long terme, ces initiatives politiques devront s'inscrire dans une réflexion plus globale sur la spécificité du rapport au travail des seniors. Le sujet des conditions de travail ne peut être éludé lorsqu'on parle d'emploi des seniors. Un système pérenne jouant sur l'allongement de la durée d'activité suppose d'apporter des solutions en termes de santé et de bien-être des salariés. Ce constat est validé par une étude récente du Centre d'études de l'emploi (CEE)¹, qui souligne le lien entre de bonnes conditions d'emploi et le maintien en activité des salariés de 55 ans et plus. Sur la base de comparaisons européennes, cette étude montre que les conditions de travail et l'environnement de travail favorisent également le maintien dans l'emploi des seniors, au-delà des seules incitations financières pour les salariés.

Si l'on regarde les pays affichant une bonne performance en matière de taux d'emploi des seniors, on remarque deux stratégies. La première est la stratégie « libérale », suivie notamment par le Royaume-Uni, qui consiste à contraindre les seniors à travailler, par une libéralisation du marché du travail (baisse du niveau des retraites, flexibilité du travail, suppression des préretraites par exemple), ce qui semble contraire à la conception d'un vieillissement actif et heureux.

1 - Pollak C., « Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne », *Document de travail*, n° 120, Centre d'études de l'emploi, juin 2009.

La seconde stratégie est la stratégie « nordique » (Suède, Danemark, Pays-Bas, Finlande, etc.), qui consiste à promouvoir le vieillissement actif par une forte mobilisation sociale autour de l'emploi des seniors. Selon le CEE, cette voie nordique choisit d'allier maintien dans l'emploi des seniors et satisfaction au travail, pour un succès avéré tant en matière de performance économique que de bien-être physique et mental. La preuve serait ainsi faite que « qualité et quantité de l'emploi ne sont pas des objectifs contradictoires ».

Les principaux axes d'action publique développés par les États appliquant la stratégie « nordique » sont la participation des partenaires sociaux (accords de branche et d'entreprise), l'amélioration des conditions de travail, l'extension de la formation permanente ou encore la lutte contre les discriminations. Cependant, ces axes ont été déclinés en mesures différentes suivant les pays, en fonction de leurs spécificités propres. Aux Pays-Bas, l'accent a été mis sur la réduction de la durée du travail : en 2003, 32,8 % des seniors néerlandais travaillaient à temps partiel, contre seulement 11,6 % dans la moyenne de l'UE-15. En Finlande, la priorité a été l'amélioration du bien-être au travail et de la formation continue. La politique d'amélioration des conditions de travail s'est accompagnée d'importantes incitations financières à l'allongement d'activité jusqu'à 68 ans (surcote), ce qui a permis un fort relèvement des taux d'emploi, alors même que l'âge légal de la retraite a été abaissé de 65 à 63 ans.

Dans son étude, le CEE souligne que les dispositifs d'incitations financières et de réduction des possibilités de départ anticipé portent en eux les risques d'une contre-productivité si des politiques d'amélioration de la situation des seniors sur le marché du travail ne sont pas prévues dans le même temps (lutte contre les discriminations, le chômage, l'obsolescence des qualifications, etc.). En effet, les dispositifs précités ont pu constituer des voies de sortie pour des individus souffrant de conditions de travail pénibles ou d'un mauvais état de santé, tout en leur évitant une perte de revenus importante. Il convient alors de s'interroger sur les effets de ces réformes sur les chiffres d'incapacité au travail, si des mesures ne sont pas prises simultanément pour promouvoir l'employabilité des seniors.

En France, l'amélioration des conditions de travail comme priorité par rapport aux spécificités du maintien dans l'emploi des seniors suscite un débat qui se cristallise essentiellement autour de la question de la pénibilité, pour le moins peu consensuelle.

Selon l'INSEE¹, les différences de mortalité entre catégories socioprofessionnelles (CSP) résultent du cumul de plusieurs types de facteurs, dont les conditions de travail. Les inégalités d'espérance de vie après 60 ans sont dues en partie aux inégalités d'exposition aux risques professionnels, dont la pénibilité. Essentiellement physique au XIX^e siècle, la pénibilité au

1 - Monteil C. et Robert-Bobée I., « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *INSEE Première*, n° 1025, 2005.

travail est aujourd'hui également psychologique et environnementale, liée aux rythmes de travail, aux horaires décalés et à une pression importante. Les effets de la pénibilité sur la santé mentale sont désormais connus et peuvent entraîner, au même titre que des problèmes de santé physique, une morbidité et une mortalité précoce plus élevées à long terme. Selon l'INSEE, d'après la mortalité observée au milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier est inférieure à celle d'un individu occupant une profession intellectuelle supérieure. Toujours à 35 ans, l'espérance de vie des femmes cadres dépasse de trois ans celle des ouvrières, contre un écart de sept ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Ainsi, la mise en œuvre de politiques en faveur du maintien des seniors dans l'emploi implique de tenir compte des inégalités en matière de santé et d'espérance de vie.

Il a été reconnu au niveau gouvernemental que les régimes spéciaux de retraite étaient désuets, n'ayant pas suivi les évolutions des métiers depuis plusieurs décennies, et qu'ils devaient être revus en fonction des réalités professionnelles actuelles. Certains ont été supprimés en 2007. Parallèlement, la reconnaissance d'une spécificité pour ceux qui exercent un métier pénible et l'ouverture en leur faveur de droits à la retraite anticipée ont été déclarées une priorité. Un consensus sur la notion de pénibilité tarde pourtant à se faire jour, les négociations initiées sur le sujet en 2003 étant dans l'impasse.

En corrélation avec la pénibilité au travail, il peut être intéressant de réfléchir aux bénéfices et inconvénients en termes de santé mentale engendrés par le modèle de trajectoire professionnelle promu en France. En effet, nous sommes aujourd'hui en présence d'un modèle de trajectoire ascendant, au sens de Louis Chauvel¹, qui suppose une situation professionnelle sans cesse plus avantageuse et prestigieuse au fil de l'ancienneté. Ce modèle insiste sur la prime à la fidélité et sur la récompense à l'ancienneté par le statut. En réalité, on constate que ce modèle bénéficie à peu et s'avère excluant pour une majorité. On observe pour la tranche d'âge affichant la cinquantaine une cohabitation entre des postes de cadre à haute responsabilité et un fort taux de chômage. Il n'existe pas vraiment d'entre-deux, ce qui tend à l'exclusion pure et simple lorsqu'on n'a plus les moyens de poursuivre selon ce modèle, mis à mal par la vitesse des évolutions technologiques et de socialisation, par la conjoncture économique mais aussi par les problèmes de pénibilité. On imagine aisément les effets délétères que ce modèle peut avoir sur l'estime de soi et donc sur la santé mentale.

Une sensibilisation à une autre vision de la carrière professionnelle, non figée dans un modèle éternellement ascendant, mais prenant en compte une décroissance éventuelle en fin de vie active, semble un élément important d'un vieillissement actif qui se veut optimal (allègement du temps de travail et des responsabilités, avec un salaire calculé en conséquence). Ce changement de modèle serait bénéfique pour la santé mentale des salariés. Il pourrait

1 - Chauvel L., *Les Classes moyennes à la dérive*, Paris, Seuil, 2006, 108 p.

également être opportun d'un point de vue économique car il encouragerait les seniors à demeurer plus longtemps actifs et les entreprises à garder leurs salariés en fin de vie active.

1.2. L'utilité de la prévention primaire

Si le vieillissement actif peut être conçu *stricto sensu* comme la période de fin de vie active, il peut également être vu de manière plus large comme la phase de maturité de 50 à 75 ans, particulièrement déterminante pour le grand âge. C'est à cette période que l'entretien de sa santé, autant physique que mentale, est déterminant pour la qualité et la quantité des années qui suivront. Il est en effet possible d'organiser pour cette population une prévention ciblée permettant de retarder l'apparition des incapacités (cela concerne aujourd'hui la génération du baby-boom).

Cette idée correspond à ce que les chercheurs appellent le « vieillissement réussi » (« *successful ageing* »). Il se caractérise par un sentiment de bien-être psychologique et de qualité de vie propice à la longévité. Certes, il existe un vieillissement physiologique inéluctable mais le maintien des performances au cours de l'avancée en âge est possible, s'il est favorisé de manière adéquate.

C'est tout le rôle de la prévention primaire. Dans cette optique ont été mis en œuvre le Plan d'action « The Healthy ageing » (2004-2007), au niveau européen, et le Plan « Bien vieillir » 2007-2009, en France. Ce dernier s'adresse aux personnes âgées de 50 à 75 ans et s'applique plus particulièrement à la période de la « péri-retraite ». Il cherche à promouvoir des comportements favorables à la santé par le maintien d'une activité physique et par une alimentation équilibrée. Il s'agit aussi d'améliorer les stratégies préventives (hypertension artérielle, troubles sensoriels, etc.).

Une alimentation saine et équilibrée est bénéfique pour la préservation d'une bonne santé mentale sur le long terme. Si les recherches sur les liens entre alimentation et santé mettent surtout l'accent sur les affections physiques comme les cancers et les maladies cardiovasculaires, certaines études s'intéressent aux effets de l'alimentation sur la santé mentale. Ainsi, plusieurs travaux scientifiques ont mis en évidence la contribution d'une alimentation saine et équilibrée (riche notamment en acides gras oméga-3, en micronutriments, en vitamine B et antioxydants) dans le maintien des capacités cognitives au grand âge¹. Une nutrition saine est donc un élément important de la prévention primaire et mérite, à ce titre, d'être promue.

Par ailleurs, l'activité physique régulière et d'intensité modérée a des effets bénéfiques prouvés sur la santé mentale et le bien-être des personnes entre 55

1 - Ferland G., « Nutrition et santé mentale au cours du vieillissement », *Vie et Vieillesse*, vol. 3, n° 1, hiver 2004.

et 75 ans sans pathologie¹. Déjà en 1987, le National Institute of Mental Health avait publié un constat en ce sens, confirmé ensuite par plusieurs études. En particulier, une pratique physique ou sportive améliore significativement l'état psychologique (anxiété, émotions) et la perception de soi (estime de soi). Les effets sur l'anxiété et l'efficacité personnelle sont positivement associés à l'augmentation de la fréquence de la pratique. C'est pourquoi la formation des professionnels et le soutien aux fédérations sportives, prévus par le Plan « Bien vieillir », méritent d'être encouragés.

Enfin, une consultation médicale de longévité doit permettre de faire le point à l'heure du départ en retraite. C'est un moment propice pour dépister les facteurs de risques, notamment cardiovasculaires, et pour proposer une information sur les comportements favorables à un vieillissement réussi. Cette consultation médicale pourrait être également l'occasion, au-delà des mesures de prévention primaire, d'un dépistage en cas de risques accrus de dépression. La dépression de la personne âgée est un véritable enjeu de santé publique, renforcé par l'augmentation de l'espérance de vie (voir annexe 8).

Cette consultation médicale suppose donc la sensibilisation des médecins et des seniors, notamment afin que chaque senior puisse bénéficier de la part du médecin généraliste d'un programme personnalisé de prévention (en particulier un panel d'informations concrètes personnalisées sur les habitudes alimentaires, les activités physiques conseillées), de dépistage et, si nécessaire, de prise en charge sanitaire et médicosociale. Elle implique l'élaboration d'un cadre d'échange entre le médecin du travail et le médecin traitant, de ville. Le comité de suivi du Plan « Bien vieillir » prévoit ainsi la mise en place d'un groupe de travail chargé de définir le contenu d'une consultation de longévité type.

La prévention primaire représente donc un élément important dans la promotion d'un vieillissement réussi. Il serait judicieux de rendre systématique la consultation médicale à la retraite. Il conviendrait également de développer les études épidémiologiques et cliniques à grande échelle, dans le cadre d'une collaboration transnationale, afin de reconnaître toute l'importance des diagnostics précoces et de la recherche de facteurs de risque (environnementaux et autres)².

1 - Expertise collective de l'INSERM, *Activité physique : Contextes et effets sur la santé*, 2008.

2 - Cette préconisation a été soulignée par le Parlement européen à l'occasion d'une résolution parue le 12 novembre 2009 sur la programmation conjointe des activités de recherche liées à la lutte contre les maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer. Le Parlement européen estime que la Commission devrait adopter une recommandation invitant les États membres à informer la population sur les comportements pouvant retarder et prévenir la survenue de ces maladies, et à promouvoir les « modes de vie favorisant une bonne santé mentale ».

1.3. La nécessité d'encourager les nouvelles solidarités

Le processus d'individualisation de la société tend à changer la nature profonde du lien social, désormais moins hérité du passé ou imposé par le groupe. Si on doit se réjouir de ce relâchement des appartenances prescrites et irréversibles, on peut toutefois s'interroger sur ses conséquences pour l'individu, notamment pour sa santé mentale. Le gain de liberté pourrait s'obtenir au prix d'un affaiblissement de l'impératif de solidarité, avec un fort risque d'isolement. Or la préservation du lien social est essentielle pour le bien-être physique et mental de chaque individu. Les risques de désocialisation sont importants durant la phase de vieillissement, ils apparaissent amplifiés chez les personnes qui n'ont plus leur travail pour rencontrer, dialoguer et se sentir utiles. Le passage à la retraite comporte donc de forts risques en matière de perte de lien social.

En outre, à l'heure des nouveaux moyens de communication (téléphone portable, Internet) et de la culture des réseaux (Facebook, MySpace), de nouveaux modes de relations se développent à un rythme accéléré, augmentant les risques d'isolement des seniors, souvent peu familiers avec ces outils.

C'est pourquoi l'aspect mobilisateur des nouvelles formes que pourrait prendre la solidarité sociale est mis en avant à l'heure actuelle, afin de transformer en opportunité ce qui apparaît comme un défi démographique. La solution pourrait se trouver dans le changement de la relation entre les générations, la recherche de nouvelles formes d'échanges, dans l'esprit de celles encouragées lors de « la semaine Bleue » (semaine nationale des retraités et personnes âgées, qui a lieu tous les ans).

Le terreau de solidarités semble présent mais il est encore insuffisamment exploité. Certes, l'enquête IPSOS commandée en avril 2006 par la Délégation interministérielle à la Famille révèle que seuls 30 % des Français disent recevoir de l'aide de personnes d'une autre génération, en dehors de leur famille : il s'agit essentiellement d'amis (73 %) et de voisins (24 %), auxquels peuvent s'ajouter des associatifs (10 %), des agents des collectivités territoriales (5 %) ou des employés d'entreprises privées (3 %). Cependant, une proportion non négligeable se déclare intéressée par un engagement dans ce type d'activités intergénérationnelles. Si 36 % des Français ne souhaitent pas s'engager aujourd'hui, 21 % se montrent à l'inverse intéressés, particulièrement les jeunes (37 % des 15-19 ans, 26 % des 20-24 ans et 24 % des 25-34 ans). Cette volonté affichée de solidarité gagnerait à être soutenue.

En outre, 60 % des personnes qui souhaitent s'engager mais ne le font pas invoquent un manque de temps et de disponibilité, dû notamment à leur travail. Les personnes engagées ou souhaitant s'engager dans l'aide intergénérationnelle aimeraient surtout être informées par des associations spécialisées (38 %) et par les collectivités locales (31%), les institutions

sociales étant moins largement mises en avant (15 %). Ce sont donc les organismes locaux, publics ou non, qui semblent les acteurs les mieux à même d'encourager de telles initiatives.

Des mesures innovantes sont aujourd'hui préconisées afin de favoriser les solidarités et la participation des personnes âgées à la vie sociale, culturelle et artistique. Des projets visent à adapter la planification urbaine et l'environnement bâti aux besoins de tous les groupes d'âge, pour promouvoir l'autonomie des personnes âgées.

La participation des personnes âgées à la vie sociale de la cité est bénéfique non seulement pour elles mais pour l'ensemble de la population, notamment par le biais du bénévolat. Les personnes âgées peuvent faire profiter les jeunes de leurs compétences professionnelles, en donnant de leur temps comme bénévoles ou en soutenant des actions de tutorat auprès des jeunes. Sachant que parmi les 60-70 ans, une personne sur trois est engagée dans une activité bénévole et que celle-ci est favorable à une bonne santé mentale, il paraît judicieux de valoriser cette activité. Le renforcement de l'aide mutuelle intergénérationnelle passe notamment par une démocratisation du bénévolat.

Promouvoir les solidarités peut aussi s'effectuer par le biais de logements spécifiques favorisant la cohabitation. La première expérience de « logement intergénérationnel » a vu le jour à Barcelone en 1996. Le programme « *Viure I Conviure* » (« *Vivre et vivre ensemble* ») avait pour but d'aider de jeunes étudiants à trouver un logement à moindre coût (ils ne payaient que les charges locatives) chez des personnes âgées isolées qui avaient besoin de compagnie et d'une aide personnelle convenue avec l'étudiant. Après son succès dans la ville catalane puis dans les grandes villes espagnoles, ce programme a été imité dans plusieurs pays. En France, il a été repris en 2004 sous l'appellation « Un toit – Deux générations ». L'action a pour finalité de « développer le lien social et les échanges entre les générations, de contribuer au maintien à domicile des personnes âgées, de lutter contre l'isolement et améliorer la quiétude des personnes âgées à leur domicile ». Cette présence active et amicale ne se substitue pas aux services de soutien à domicile existants ou qui seraient nécessaires. Afin d'encadrer ces échanges, une charte de bonnes pratiques, qui définit les rôles et les engagements de chacun, a été élaborée mi-décembre 2004 par le secrétariat d'État aux Personnes âgées et la Fondation nationale de gérontologie.

Ces expériences sont trop récentes pour qu'il soit possible d'en dresser un véritable bilan. On déplore cependant leur faible nombre, au regard notamment de leur large médiatisation. Ce succès mitigé serait imputable aux fortes réticences des seniors à accueillir chez eux une personne inconnue, pour des raisons culturelles, et souvent à cause de la mauvaise image qu'ils ont des jeunes. De plus, cette formule ne toucherait pas les personnes âgées les plus isolées qui rencontrent des incapacités plus ou moins sévères dans leur vie quotidienne et qui sont moins demandeuses de ce type de cohabitation.

Après plus de dix ans d'initiatives, l'intergénérationnel essaie aujourd'hui de se muer en un projet global dans lequel les collectivités territoriales et les acteurs locaux jouent un rôle croissant, en proposant des actions transversales et novatrices, avec une diversification des publics visés, de la petite enfance aux âges les plus avancés. Ainsi, le Plan national « Bien vieillir » fait la promotion des logements favorisant la cohabitation active. Il encourage l'installation de crèches dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Néanmoins, si de nombreuses associations interviennent dans le champ des relations intergénérationnelles, elles manquent de soutien et leur activité est encore peu reconnue par les pouvoirs publics et les citoyens. D'importants efforts de communication restent à faire afin d'expliquer la démarche et de mieux définir les limites des engagements réciproques de la cohabitation. Le temps permettra d'établir si ce type d'initiatives est un phénomène de mode ou s'il peut répondre à un vrai besoin social.

Une autre solution préconisée est le logement intragénérationnel. La solidarité offerte par les groupes de pairs peut s'avérer un moyen judicieux de développer les liens sociaux des personnes âgées, en évitant les écueils de l'intergénérationnel. En Allemagne, les habitats « collectifs » sont très prisés par les retraités, ce qui permet notamment de résoudre certains problèmes de prise en charge, les locataires « veillant » les uns sur les autres. En France, des « résidences services » pour personnes âgées ont été créées dans le but de les décharger de tout souci matériel, en mettant à leur disposition des services spécifiques de ménage, de restauration, de loisirs, une surveillance médicale ou paramédicale. On note cependant la forte dualisation de ces offres, entre le secteur social et un secteur lucratif onéreux, souvent hors de portée des classes moyennes. En outre, ces offres ne proposent pas de surveillance médicale particulière (rien de plus que l'offre de soins de proximité que chacun peut obtenir à son domicile).

Dans le cadre du Plan national « Bien vieillir » 2007-2009, un label « Bien vieillir-Vivre ensemble » a été lancé en juillet 2009 en partenariat avec l'Association des maires de France (AMF) et l'Association « Vieillir en France », sur le modèle du label « *Age-Friendly Cities* » consacré par l'Organisation mondiale de la santé. L'objectif est de récompenser l'engagement des villes soucieuses d'accompagner au mieux leurs habitants dans leur parcours de vieillissement. Sont prises en compte toutes les problématiques liées à la place de la personne âgée dans la ville (accessibilité des bâtiments, transports, inclusion sociale, participation civique, logement, outils de communication et d'information, etc.). En matière de transformation urbaine, ce qui est bénéfique aux personnes âgées le sera à toutes les catégories de population.

2. Répondre aux enjeux du grand âge

En 2009, un Français sur trois (32 %) déclare avoir dans son entourage proche une personne âgée dépendante, en perte d'autonomie physique ou psychique. Il s'agit, pour 21 % des Français, d'un parent proche (père, mère, grands-parents ou arrière-grands-parents)¹. Selon l'INSEE, le vieillissement de la population française conduira dans les années à venir à une augmentation de ces chiffres² : en 2040, on comptera environ 1,2 million de personnes âgées dépendantes, contre 800 000 à l'heure actuelle. Dans ce contexte, la prise en charge du grand âge représente un enjeu crucial pour la société française. Les risques en matière de santé mentale sont nombreux, autant chez les personnes dépendantes que chez les aidants.

2.1. Reconnaître les contraintes et les besoins des aidants familiaux

La préférence des Français pour le maintien à domicile fait émerger un nouveau groupe social, celui des aidants familiaux. Ceux-ci apportent, à titre non professionnel, une aide ou un soutien à un proche malade, dépendant ou handicapé³. L'enjeu est d'autant plus sensible que l'importance de ces aidants familiaux est appelée à croître quantitativement et qualitativement.

La famille reste le lieu privilégié où peuvent être dispensés, outre les soins matériels, le temps, l'affection et le soutien moral nécessaires à la période de fin de vie. L'aide apportée diffère largement de celle requise par la charge des enfants, comme l'explique Isabelle Mallon : « À l'épanouissement personnel et aux gratifications du maternage sont opposés l'épuisement, physique et moral, engendré par le "fardeau" de l'aide au parent âgé, et l'impuissance devant un combat perdu d'avance face à la mort »⁴. Au-delà de ce poids

1 - Baromètre « Les Français et le grand âge », enquête TNS Sofres pour la Fédération hospitalière de France, 2009.

2 - Duée M. et Rebillard C., « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales – La société française*, éd. 2006.

3 - L'enquête nationale française HID (Handicap-Incapacité-Dépendance) de 1998-1999 permettait d'apprécier les enjeux de l'aide, du point de vue des aidants, notamment compte tenu de l'importance de leur implication dans la prise en charge de personnes ayant besoin d'une aide humaine, quel que soit leur âge. Cette enquête établissait que, pour 80 % des personnes âgées vivant à domicile et aidées, l'aide provenait d'au moins un membre de l'entourage. D'après l'enquête sur les bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile menée par la DREES en 2003, près de 75 % restent aidés par leurs proches, leur investissement horaire étant deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels. Ainsi, selon l'étude « Dépendance Macif-IFOP » réalisée en janvier 2008, 63 % des aidants familiaux s'investissent quotidiennement, pendant en moyenne quatre ans, avec un temps moyen d'aide de près de 5 heures 30 par jour. De nouvelles données sur le sujet sont attendues de l'enquête « Handicap-Santé Aidants informels », réalisée d'avril à septembre 2008.

4 - Mallon I., « Prendre soin de ses parents âgés : un faux travail parental », *Informations sociales*, n° 154, CNAF, 2009/4.

symbolique, le poids financier associé à la gestion de la dépendance d'un proche, les défis posés par la conciliation entre vie familiale, vie professionnelle et les obligations dues à la fonction d'aidant, enfin la période faisant suite au décès du proche sont des facteurs de risque importants qui peuvent conduire à des détresses psychologiques et des épisodes dépressifs.

Une attention particulière doit être accordée à la génération intermédiaire, ou « génération sandwich », qui prend en charge les membres les plus jeunes et les plus âgés de la société. Bien que le nombre total de membres de cette génération sandwich soit relativement modeste, ses rangs sont susceptibles de grossir avec l'allongement de l'espérance de vie et le report de l'âge du premier enfant.

Ces obligations, qui peuvent représenter un fardeau important, sont le plus souvent assumées par les femmes (voir chapitre 6). Dispenser des soins à des personnes âgées apparentées n'est pas un phénomène nouveau mais aujourd'hui la majorité des femmes travaille. Elles se trouvent souvent obligées de choisir entre leur carrière professionnelle et la prise en charge de leurs proches.

Dans l'attente des résultats de l'enquête « Handicap-Santé Aidants informels » de 2008, on peut se référer à l'Enquête sociale générale (ESG) réalisée en 2002 au Canada, sous réserve des différences sociales et culturelles... Cette enquête établit que plus de 80 % des personnes qui avaient des enfants et qui prenaient soin d'une personne âgée avaient un travail qui représentait leur principale activité au cours des douze derniers mois. Parmi ces personnes, les membres du groupe dispensant des soins à forte intensité étaient beaucoup plus susceptibles d'éprouver des problèmes liés au travail, trois fois plus susceptibles de modifier leur horaire de travail et deux fois plus susceptibles de réduire leurs heures de travail ou de subir une baisse de revenu.

L'impact de ces doubles contraintes sur la santé mentale des aidants est complexe. Les sacrifices financiers et personnels sont évidents, et le cumul des deux rôles peut conduire à une surcharge, à une mauvaise santé, à un stress accru et à une incapacité de trouver un équilibre dans la vie. De nombreux adultes trouvent difficile, d'un point de vue affectif, de s'occuper de leurs parents vieillissants. S'occuper d'un parent handicapé est un facteur de risque et de dépression chronique.

Les aspects négatifs de la prestation de soins seraient au moins en partie compensés par l'accroissement de l'estime de soi. Selon l'ESG, plus de 60 % de ceux qui travaillaient et s'occupaient d'une personne âgée tout en ayant encore des enfants à la maison avaient l'impression que prendre soin d'un aîné était simplement une façon de redonner ce qu'ils avaient reçu. 70 % ont déclaré que les liens s'en trouvaient renforcés (cependant, le degré de handicap du parent à charge est un facteur très important, non pris en compte dans cette étude).

2.2. Un appel à plus de soutien au niveau de la prise en charge à domicile

Les éléments qui précèdent confortent la nécessité d'apporter un soutien aux aidants familiaux dans leur tâche, afin qu'ils en retirent essentiellement le positif. Cela implique des mesures d'ordre financier, humain et psychologique. Les résultats de l'enquête nationale « Handicap-Santé Aidants informels », réalisée d'avril à septembre 2008, et portant sur 5 000 aidants informels de personnes handicapées et de personnes âgées dépendantes, devraient permettre de dresser un portrait des aidants et de mieux cerner leurs besoins.

La nécessité d'un véritable statut se fait sentir. Si les aidants familiaux auprès des personnes handicapées sont reconnus comme tels depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les aidants auprès des personnes âgées dépendantes ne bénéficient pas d'une telle reconnaissance¹ qui leur ouvrirait droit aux mesures de soutien destinées aux aidants familiaux, notamment à des stages de formation gratuits. À l'image d'une mesure préconisée dans le cadre du Plan Alzheimer, quelques jours de formation par an pourraient être proposés à chaque aidant familial en matière de relation d'aide, de communication non verbale et de gestion du stress pour chaque individu ayant à charge un parent dépendant. Le cahier des charges de ces journées de formation pourrait être élaboré et labellisé par la Haute Autorité de santé (HAS), en partenariat avec l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM).

En outre, la mise en œuvre de nouvelles politiques et la mobilisation de nouvelles ressources qui permettraient de concilier vie professionnelle et vie familiale et qui encourageraient la solidarité intergénérationnelle au sein des familles paraissent essentielles, en particulier pour les « générations intermédiaires ».

Le Plan Solidarité grand âge, mis en place en 2007, prend certaines mesures en ce sens tout en visant à adapter le système de prise en charge à domicile, en établissement et à l'hôpital, avec une priorité : donner à toutes les personnes âgées le libre choix de rester chez elles. Il promeut le développement de l'offre de services et de soins : services d'aide et d'accompagnement à

1 - À l'heure actuelle, seul un projet de décret apporte, dans le Code de l'action sociale et des familles, une définition de l'aidant familial de la personne âgée dépendante ayant fait l'objet d'un classement dans un groupe iso-ressources (GIR) 1 à 6 : « Art. D. 231-7 – Est considéré comme aidant familial d'une personne âgée au sens de l'article R. 232-1, son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité, son descendant ou son collatéral jusqu'au quatrième degré, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte, seul ou en complément de l'intervention de professionnels, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie telle que définie à l'article R. 232-3, et qui n'est pas salarié pour cette aide. »

domicile, services de soins infirmiers, hospitalisation à domicile, accueils de jour, gardes itinérantes de nuit. Il prévoit également la création d'un congé de soutien familial. Cependant, celui-ci n'est prévu que pour une durée limitée (trois mois renouvelables dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière) et ne peut donc servir qu'en situation critique comme une phase terminale.

La charge au quotidien d'un parent dépendant devrait être davantage prise en compte par les politiques publiques. Les solutions sont diverses et passent par la flexibilité des horaires, le télétravail, etc. Un congé généralisé pour aide à parent âgé dépendant est également une option. Certaines organisations internationales prévoient ainsi un budget temps par an pour leurs employés, afin qu'ils s'occupent d'un parent malade. On pourrait envisager une généralisation de ce système en France, du moins en cas de prise en charge d'un parent âgé dépendant. Au préalable, il est nécessaire de sensibiliser autant l'employeur que les employés aux avantages de ces mesures car on observe encore aujourd'hui des réticences de la part des salariés à en profiter, par peur de nuire à leur carrière professionnelle.

Des allègements fiscaux ou des aides financières seraient une solution pour réduire le poids financier de la prise en charge d'un parent âgé dépendant. Selon une récente enquête, un fort sentiment d'impuissance caractérise une majorité de Français (55 %) face à l'idée d'une prise en charge d'une personne âgée dépendante de leur entourage. Ce sentiment d'impuissance est aggravé par l'incapacité (déclarée par 76 % des répondants) de s'acquitter du coût moyen mensuel de 2 220 euros pour un hébergement en maison de retraite si un de leurs parents devait recourir à cette solution¹.

Dans cette perspective, le 18 février 2009, l'Assemblée nationale a voté une loi créant un congé de solidarité familiale rémunéré. L'octroi d'une allocation journalière de 49 euros par jour sur trois semaines devrait permettre de donner un statut réel aux personnes qui accompagnent un proche « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable », à condition que ce dernier soit traité à domicile. Des hospitalisations non désirées, et coûteuses pour l'assurance-maladie, seront ainsi évitées et le nombre des « arrêts maladie » délivrés par les médecins face à la détresse des aidants devrait diminuer.

2.3. Revaloriser les professionnels de l'aide aux personnes âgées

Renforcer le soutien humain en faveur des aidants familiaux implique le développement plus avant de l'aide professionnelle à domicile et donc des services à la personne.

Les services à la personne recouvrent l'ensemble des services contribuant au mieux-être des citoyens sur leurs lieux de vie, qu'il s'agisse de leur domicile,

¹ - Baromètre « Les Français et le grand âge », *op. cit.*

de leur lieu de travail ou de loisir. Au vu des évolutions sociales en cours dans la société française, notamment les départs massifs à la retraite, la croissance ralentie de la démographie, le vieillissement de la population et les transformations constatées sur le marché du travail, les services à la personne sont promis à un développement très important¹. Il s'agit notamment d'un moyen efficace pour soulager le « fardeau » des aidants, grâce au recours à des professionnels.

Si la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, dite loi Borloo, a contribué à une reconnaissance plus grande de la profession et simplifié les modalités de financement des services, elle n'a encore eu qu'un impact limité sur la progression de l'activité dans ce secteur. Ceci démontre la nécessité d'un approfondissement des politiques publiques en faveur de la reconnaissance et de la valorisation du secteur des services à la personne par une reconstruction de l'attractivité de ces métiers (encadré n° 32).

Les modalités de financement des services à la personne ont été simplifiées, avec la mise en place, à compter du 1^{er} janvier 2006, du chèque emploi service universel (CESU)². Toutefois, une récente étude de la DARES³ montre la progression certes continue mais limitée des salariés du secteur. Elle chiffre leur nombre à près de 1,45 million en 2006, si l'on inclut les assistants maternels gardant des enfants à leur domicile. 712 millions d'heures ont été travaillées au domicile de particuliers au cours de l'année 2006, soit une progression de 5 % par rapport à 2005, proche de celle observée entre 2004 et 2005⁴.

Une première raison est que le secteur se caractérise encore aujourd'hui par un *turnover* rapide et des durées courtes de contrats, liés notamment à la nature ponctuelle et temporaire du recours à certains services, ce qui n'encourage pas son développement pérenne. Selon l'IRCEM, 1,271 million de personnes ont ainsi travaillé au domicile d'un particulier employeur au moins une fois au cours de l'année 2006, contre 949 000 au cours du deuxième trimestre, soit un écart de 34 % (tableau n° 5).

Par ailleurs, les salariés du secteur, lorsqu'ils travaillent surtout à domicile, peuvent être confrontés au même titre que des travailleurs sociaux à la détresse psychique de certains usagers fragiles. Or, aucune formation généralisée n'est prévue à l'heure actuelle pour leur apprendre à gérer ce genre de situations.

1 - Chardon O. et Estrade M.-A., *Les Métiers en 2015*, rapport du groupe « Prospective des Métiers et des Qualifications », coll. Qualifications et prospective, Centre d'analyse stratégique-DARES, Paris, La Documentation française, janvier 2007.

2 - Celui-ci se substitue au chèque emploi service (CES) et au titre emploi service (TES).

3 - Chol A. « Les services à la personne en 2006 : une croissance continue », *Première Synthèses*, n° 48.2, DARES, novembre 2008.

4 - Les salariés directement embauchés par des particuliers employeurs ont effectué les trois quarts des heures, le reste de l'activité ayant été assuré par les salariés mis à disposition par des organismes prestataires agréés (74 % contre 26 %).

Tableau n° 5 : Les services à la personne » en 2006

	Effectifs présents au cours de l'année	Effectifs présents au 2 ^e trimestre	Effectifs présents au 4 ^e trimestre	Effectifs présents la dernière semaine de 2006
Salariés au domicile des particuliers employeurs	1 271 000	949 000	956 000	784 000
Assistants maternels	300 000	270 000	280 000	266 000
Salariés des organismes prestataires¹	233 000	233 000	233 000	233 000
TOTAL	1 804 000	1 452 000	1 469 000	1 283 000

(1) Moyenne sur les douze mois de l'année.

Note : pour les effectifs présents au cours de l'année, les estimations de l'INSEE sont légèrement supérieures à celles de l'IRCEM, du fait d'un traitement différent des doubles comptes : 1 295 000 pour les salariés au domicile des particuliers employeurs et 314 000 pour les assistants maternels.

Champ : France métropolitaine.

Source : IRCEM (données sur l'année 2006 et le 2^e trimestre) et INSEE (données sur le 4^e trimestre et la dernière semaine) pour particuliers employeurs et assistants maternels. DARES pour organismes prestataires. Chol A., « Les services à la personne en 2006 : une croissance continue », Premières Synthèses, n° 48.2, DARES, novembre 2008

Une revalorisation est essentielle afin d'éviter les risques de substitution¹ au niveau des publics pris en charge : la faible attractivité du métier peut entraîner une préférence des aidants pour les enfants au détriment des personnes âgées, population moins valorisante professionnellement (encadré n° 32).

1 - Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane Le Bouler, Paris, La Documentation française, 2006.

Encadré n° 32
La nécessité de revalorisation des services
d'aide aux personnes fragiles

Les services aux personnes fragiles recouvrent l'ensemble des aides humaines professionnelles apportées aux jeunes enfants, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, pour les soins, les aides à la vie quotidienne et les aides à la vie sociale, que ces aides soient apportées à domicile ou en établissement. Le développement de ces services représenterait un quart des créations d'emploi d'ici à 2015. Cette augmentation est soutenue par la hausse du nombre de personnes âgées d'une part, et par les évolutions de la société qui conduisent à améliorer la prise en compte des besoins des personnes fragiles, d'autre part.

Cependant, la disparition du vivier traditionnel de recrutement des aides à domicile et des assistants maternels, et la concurrence entre les différents secteurs de l'aide aux personnes fragiles du fait de leur plus ou moins grande attractivité peuvent faire craindre de sérieuses difficultés de recrutement.

Par conséquent, la professionnalisation de ces secteurs – renforcement de l'encadrement intermédiaire, diversification des activités, organisation de passerelles entre prise en charge au domicile et en établissement, entre secteurs sanitaire et médicosocial, entre public, associatif et privé commercial – est un enjeu majeur pour limiter les tensions.

De manière plus globale, afin de reconstruire l'attractivité de ces métiers, il paraît indispensable :

- de faire évoluer les représentations et sortir de l'image de métiers « naturellement » féminins afin d'inciter les hommes à entrer dans le secteur ;
- de prévenir et mieux accompagner les difficultés du métier en développant des formations diplômantes et continues mieux adaptées (sur la gestion des problèmes psychosociaux) et un meilleur suivi (développement du soutien personnalisé, des réunions d'échanges et autres dispositifs de lutte contre l'isolement du salarié) ;
- de revaloriser les conditions de l'emploi (rémunération, statut, durée de travail, perspectives de carrière) afin d'attirer et de retenir des personnes qui seront globalement plus diplômées qu'actuellement, et donc plus facilement tentées d'aller voir ailleurs et plus exigeantes sur la qualité de l'emploi ;
- dans l'optique de réduction du chômage, de continuer à intégrer et former, y compris sur le tas, des personnes éventuellement éloignées du marché du travail.

Il est bien sûr envisageable de desserrer les contraintes par l'usage des technologies. Toutefois, les difficultés de recrutement ne seront pas totalement aplanies. Les services d'aide à domicile apparaissent aujourd'hui de moins en moins attractifs et peinent à recruter. En effet, les secteurs de l'aide à domicile connaissent des comportements de fuite des salariés en place vers d'autres secteurs, particulièrement en milieu urbain, selon l'ANACT.

Ceci s'explique tout d'abord par l'isolement de ces salariés. Ils doivent gérer seuls les conflits qui surviennent avec les personnes fragiles dont ils s'occupent ou avec l'entourage familial. Le manque de temps collectifs et la faiblesse de l'encadrement constatés aujourd'hui sont très nettement des freins à la construction de repères professionnels, à la professionnalisation des interventions des aides à domicile et donc, *in fine*, à la qualité des prestations, sans parler de l'attractivité du secteur. Les instances de régulation (conseils généraux, par exemple) peuvent jouer un rôle central pour inciter les employeurs à améliorer ces fonctions d'intermédiation entre usagers et salariés. Certaines procédures existantes vont en ce sens mais devraient être renforcées.

En outre, le métier d'aide à domicile n'est pas un métier rémunérateur, non seulement parce que le salaire horaire est faible, généralement au niveau du SMIC, mais surtout parce que la durée du travail y est faible (en moyenne 23,7 heures par semaine en 2002). De plus, chaque aide à domicile passe 25 % de son temps de travail dans les transports et les coupures entre deux interventions. Or ces temps intermédiaires ne sont pas rémunérés quand l'employeur est un particulier, et pas toujours bien pris en compte par les organismes prestataires. Une autre difficulté pour les aides à domicile provient des variations d'horaires, par exemple en cas d'hospitalisation de la personne âgée, et donc des variations de rémunération d'un mois à l'autre. Une solution passe alors par l'intégration d'activités différentes au sein d'une même structure, en jouant sur la polyvalence des salariés, qui peut leur permettre de construire des temps pleins. Cette solution présente aussi l'avantage d'offrir un service plus complet et mieux intégré aux personnes fragiles, ce qui permet de décharger les aidants des tâches de coordination des différentes aides. Une telle intégration peut prendre la forme de Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD, créés en 2005) ou d'une palette de services proposés par un établissement d'hébergement, directement ou dans le cadre d'un partenariat au niveau local. D'autres formules pourraient exister, comme celle de grands réseaux favorisés par la mise en place d'enseignes, suite au Plan de développement des services à la personne lancé en 2006.

Le dernier facteur de fuite tient à la faiblesse des perspectives professionnelles offertes aux salariés. Dans de nombreux cas, les métiers d'aide à domicile ou d'assistant maternel apparaissent comme des emplois « faute de mieux » et on constate que les départs augmentent fortement quand la conjoncture s'améliore. La construction de carrières professionnelles suppose que les compétences déployées par les salariés soient repérées et valorisables dans des métiers différents. Or cette reconnaissance se heurte à deux difficultés majeures : la faiblesse de l'accompagnement et du suivi des salariés dans leur activité quotidienne, et l'éclatement des statuts et des conventions collectives appliqués dans l'ensemble des métiers d'aide aux personnes fragiles. Cette logique verticale rend difficile le passage d'un type d'employeur à un autre, pour des activités pourtant très proches.

D'après Chardon O. et Estrade M.-A., Les Métiers en 2015, op. cit.

Une réflexion pourrait être menée sur l'utilité de la « gestion de cas » dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. On observe en effet des expériences étrangères de « *case management* » ou « gestion de cas » probantes en ce qui concerne la prise en charge des pathologies chroniques handicapantes et la prévention de la dépendance dans le grand âge. Le modèle québécois PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est actuellement expérimenté en France. Il serait donc intéressant de soutenir cette initiative prometteuse, tant en matière de bien-être pour la personne âgée dépendante que pour l'entourage familial sollicité en sa qualité d'aidant (encadré n° 33).

Encadré n° 33

La gestion de cas : une option innovante afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Face au défi démographique engendré par le vieillissement de la population et au besoin d'une coordination renforcée entre secteurs sanitaires et sociaux pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la gestion de cas se révèle une option particulièrement intéressante qui a déjà fait ses preuves à l'étranger.

Pour toute personne « candidate », le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile une évaluation exhaustive des besoins sanitaires et sociaux de la personne, ce qui confirme ou infirme le recours à la gestion de cas ;
- assure le rôle de personne ressource coordinatrice pour la personne en perte d'autonomie ;
- planifie les services nécessaires ;
- fait les démarches pour faciliter l'accès de la personne à ces services ;
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés ;
- coordonne les différents intervenants impliqués ;
- assure une révision périodique du plan de services individualisé.

Quatre caractéristiques définissent le gestionnaire de cas :

- un correspondant unique, responsable de la prise en charge globale et interlocuteur direct de la personne et de son médecin traitant ;
- un champ d'action aussi bien social que sanitaire ;
- une action continue dans le temps (y compris lors d'hospitalisations...) ;
- un projet individualisé partant de la demande de la personne et de sa famille.

On constate donc que le modèle de gestion de cas consiste en un système intégré qui, en se développant à l'intérieur même du réseau de soins et de services d'un territoire, en modifie durablement le fonctionnement et l'organisation. Le gestionnaire de cas joue un rôle central pour la personne âgée dans la prise en charge de sa dépendance qui permet une simplification des procédures favorables à son bien-être.

Dans cette optique a été développé le modèle PRISMA à partir de 1998 au Québec, afin d'améliorer la continuité des soins et des services reçus par les

personnes âgées en perte d'autonomie. Il a permis une diminution du nombre de visites aux urgences dans les sites expérimentaux et une amélioration importante de la satisfaction et de l'autonomisation des personnes.

Au printemps 2006 a débuté un projet expérimental d'implémentation du modèle PRISMA en France. Les premiers résultats montrent que le modèle est reproductible avec un taux d'implantation dépassant 70 % dans trois sites expérimentaux contrastés (méga-urbain, urbain et rural). Les gestionnaires de cas sont issus des différentes structures sanitaires et sociales représentées au Comité local opérationnel. Le candidat devient gestionnaire de cas à l'issue d'une formation spécifique mais garde sa profession d'origine, enrichissant ainsi l'équipe de son savoir-faire. Les cibles d'intervention sont les personnes qui, du fait de leur âge, de leur handicap ou de pathologies invalidantes prises en charge en ALD, souffrent d'une perte d'autonomie nécessitant le recours à des aides venant à la fois des champs sanitaire et social. PRISMA France est financé par la Direction générale de la santé (DGS) du ministère de la Santé, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le Régime social des indépendants (RSI).

Enfin, une solution intéressante repose sur le développement des gérontechnologies, qui consiste en la création d'environnements technologiques au service de la santé, du logement, de la mobilité, de la communication, des loisirs et du travail des personnes âgées. Tout en répondant à la préférence des Français en termes de maintien à domicile, les gérontechnologies sont surtout connues pour leurs aspects positifs en matière d'aide à la mobilité mais elles ont aussi un potentiel important en matière de préservation d'une bonne santé mentale chez les personnes âgées dépendantes¹.

Les gérontechnologies regroupent des instruments qui jouent un rôle dans les soins apportés aux personnes âgées, et qui concernent également leur environnement social et cognitif. Ces dispositifs ont des fonctions variées et peuvent être présentés, comme le propose Vincent Rialle (2007)², à partir des besoins fondamentaux auxquels ils apportent une réponse :

- *isolement social, perte d'autonomie et perte du lien social* : utilisation de la visiophonie pour maintenir le contact social avec les proches, voire pour faire de l'activité physique, ou encore pour être en relation avec l'équipe médicale, etc. ; recours à la téléconsultation, qui permettrait de consulter de façon simultanée une équipe de soignants tout en évitant un déplacement à l'hôpital qui peut être source de problèmes supplémentaires pour des personnes déjà très fragilisées ;
- *chutes et troubles de la mobilité* : détecteurs de chute ou dispositifs de télésurveillance qui permettent d'envoyer un signal à un centre de

1 - Gimbert V., « Les technologies pour l'autonomie, de nouvelles opportunités pour gérer la dépendance ? », *La Note de veille*, n° 158, Centre d'analyse stratégique, décembre 2009.

2 - Rialle V., *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, rapport pour Philippe Bas, ministre de la Santé et des Solidarités, 2007.

télesurveillance chargé d'activer les secours ; télé-suivi de paramètres médicaux et biologiques qui seraient captés directement sur la personne ou par l'intermédiaire d'objets dédiés ou encore de systèmes d'observation du comportement (suivi d'activité nocturne, etc.) ; déambulateur « intelligent » muni de capteurs qui lui permettent de s'adapter au comportement de la personne et d'éviter les obstacles ; dispositif de géolocalisation (bracelet électronique, etc.) ;

- *troubles de la cognition* : dispositifs de rappels de tâches ou dispositifs automatiques pour les tâches simples : dispositifs de stimulation cognitive (logiciels d'entraînement cérébral, jeux vidéo, etc.) ; pilulier électronique automatique pour la distribution des médicaments, etc. ;
- *errance* : par exemple, dans un établissement, le « contact de porte » transmet un signal si une porte est franchie ; systèmes de localisation géographique embarqués, sous forme de bracelet ou de balise ;
- *angoisse de la personne âgée* : par exemple, lampe qui s'allume automatiquement à la tombée de la nuit ou robots animaux dits « thérapeutiques » (le chien AIBO capable de répondre à des stimuli oraux, expérimenté auprès de patients atteints de démence sévère).

Les gérontechnologies peuvent en outre se révéler particulièrement utiles pour les aidants familiaux eux-mêmes. Alors que leur travail se caractérise en partie par une forte pénibilité qui peut se traduire par des formes d'épuisement physique et moral et, éventuellement, par des formes de maltraitance – même involontaires – à l'égard des personnes âgées, le recours à de telles technologies pourrait présenter des avantages considérables et devrait être pensé comme un outil complémentaire à l'intervention des aidants. Les politiques publiques devraient donc soutenir ce domaine de recherche et investir dans l'industrie gérontechnologique, à l'image du Japon, très en avance dans ce domaine.

2.4. Le placement en institution spécialisée n'est pas un échec

L'hébergement en maison de retraite représente la moitié de l'hébergement des personnes âgées les plus dépendantes (personnes cotées GIR 1), selon les dernières données de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). C'est une solution qui semble rester contrainte et subie : quel que soit leur âge, les Français partagent une réticence à son égard. Entre malaise et culpabilité, les plus jeunes y mettent à contrecœur leurs aînés (79 %) ; et les personnes âgées ne souhaitent pas aller en maison de retraite (90 % des 75 ans et plus). Elle est souvent vue comme un échec de la prise en charge du grand âge en France¹.

Toutefois, la prise en charge d'une personne âgée à domicile n'est pas toujours la solution optimale, du moins pas sur le long terme. Le placement

1 - Baromètre « Les Français et le grand âge », *op. cit.*

en institution serait plus indiqué lorsque le soutien à prodiguer devient trop lourd pour les aidants familiaux et leur fait courir des risques en termes de santé mentale. En effet, à un certain niveau de responsabilités, la solidarité familiale peut se retourner contre l'aidant en l'enserrant dans un jeu de contraintes vécues comme étouffantes, qui se traduisent notamment par des pathologies dépressives (Mirowsky et Ross, 1984). Dans certaines situations, les membres de la famille ne peuvent raisonnablement compenser seuls les dépendances liées au vieillissement d'un parent âgé.

Il est donc nécessaire d'œuvrer à une sensibilisation pour changer les mentalités quant à la connotation négative d'un placement en maison de retraite. En 2009, une majorité de Français (52 %) dit avoir une mauvaise opinion des maisons de retraite, contre 39 % de bonnes opinions. Les raisons sont la charge financière perçue comme excessive, le nombre insuffisant de places disponibles et les soupçons ou constats de maltraitance¹.

Suite à plusieurs affaires de maltraitance institutionnelle, le gouvernement a présenté en mars 2007 un « Plan de développement de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance », complété d'une instruction du 22 mars 2007, avec pour axes prioritaires l'amélioration du signalement et le renforcement du contrôle (encadré n° 34). Le Plan prévoit entre autres de favoriser la logique de bientraitance grâce au référentiel de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM) consacré aux « Bonnes pratiques professionnelles relatives à la bientraitance ». Ce document doit permettre à tous les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de procéder à une autoévaluation de leur situation en la matière. Il a pour but de donner des recommandations pour lutter contre la maltraitance et comporte quatre thématiques : l'usager comme co-auteur de son parcours (concrétisation de la liberté de choix, accompagnement à l'autonomie, communication, projet d'accueil), la qualité du lien entre professionnels et usagers (respect de la singularité, vigilance et cadre institutionnel stable), l'enrichissement des structures et des accompagnements (travail avec l'entourage, appel à des ressources extérieures, promotion de l'expression et de l'échange...) et enfin le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance (promotion de la parole, prise de recul et projet d'établissement ou de service).

Encadré n° 34

Mise en place d'un Numéro Vert pour lutter contre la maltraitance

Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la Solidarité, a développé une « campagne contre la maltraitance » en février 2008, avec la mise en place d'un Numéro Vert, le 3977, accompagnée d'une campagne nationale de sensibilisation,

1 - Baromètre « Les Français et le grand âge », *op. cit.*

le doublement des inspections dans les établissements, le lancement d'une enquête pour mieux évaluer le phénomène de maltraitance à domicile.

En mai 2009, la plate-forme téléphonique avait reçu plus de 63 000 appels en l'espace de quinze mois. Alors que l'AFBAH (Association française pour la Bienveillance des aînés et handicapés), qui gère la plate-forme, attendait seulement 10 000 à 15 000 appels par an, aujourd'hui le centre en reçoit 6 fois plus, soit un équivalent de 170 appels par jour.

Les salariés prennent des notes et rassemblent le plus de détails possibles pour constituer un dossier. Une fois reportées dans un dossier électronique sécurisé, les données sont transmises à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) concernée, qui effectue un contrôle si elle l'estime nécessaire, notamment dans les cas d'établissements accueillant les personnes âgées.

20 % des 7 745 dossiers ouverts par les salariés du 3977 concernaient des difficultés administratives ou conflits familiaux et 80 % des maltraitances. Cependant, ces cas de maltraitance ne sont pas dénoncés qu'en établissement. Ils se produisent également dans le cadre familial, où ils sont souvent liés à de la négligence. En effet, le refus d'un placement, surtout en cas de dépendance lourde du parent âgé, peut conduire à des oublis, des négligences, par épuisement de la famille, mal préparée face à l'ampleur de la tâche. C'est pourquoi, dans certains cas, le placement en établissement est fortement préconisé.

Bien qu'encourageantes, ces mesures ne sont pas encore suffisamment approfondies, notamment celles concernant l'évaluation des situations de maltraitance. En effet, les constats en la matière doivent être établis avec précaution, en composant avec le déclin cognitif qui touche les individus après un certain âge. Ainsi, afin d'évaluer les situations de maltraitance de manière optimale, la mise en place d'un référentiel au niveau national pour l'ensemble des EHPAD est judicieuse, à l'image de celui développé par l'ANESM. Toutefois, elle gagnerait à porter de manière plus pragmatique sur l'organisation du cadre de vie de la personne dépendante en maison de retraite (taille de la chambre, nombre et nature des activités proposées, etc.) et sur la pratique des soins (nombre de changements de couches durant la nuit, par exemple).

En outre, plus qu'une autoévaluation de la part des EHPAD, il serait constructif de prévoir des mesures incitatives comme la mise en place d'un label et la publication des noms des EHPAD l'ayant adopté. Ces mesures pourraient être prises en charge par la HAS en collaboration avec l'ANESM.

Enfin, la formation de certains personnels au sein des EHPAD reste relativement insuffisante aujourd'hui concernant les troubles psychiques, en particulier la dépression qui peut être confondue avec la maladie d'Alzheimer.

La dépression de la personne âgée est un véritable enjeu de santé publique : la prévalence en population générale serait de 12 % à 15 % chez les plus de 85 ans en population générale et de 25 % à 40 % chez les personnes âgées hospitalisées et institutionnalisées (voir annexe 8). Il conviendrait donc de doter systématiquement la formation des personnels travaillant en EHPAD d'un module sur la dépression au grand âge.

Il est important de distinguer les deux phases du vieillissement qui ne suscitent pas les mêmes mesures en termes de promotion de la santé mentale. Le vieillissement actif associé à la phase de maturité oriente la réflexion sur les conditions de l'emploi des seniors et la prévention primaire. La période du grand âge, pour sa part, interroge les défis à relever associés à la dépendance, au déclin cognitif et physique.

Recommandations

- Poursuivre plus avant l'exploration d'un cadre définitionnel de la pénibilité au travail et d'indicateurs associés, sachant qu'au-delà des seules incitations financières, les conditions et l'environnement de travail favorisent le maintien dans l'emploi des seniors.
- Soutenir la mise en œuvre d'une consultation médicale de longévité de manière systématique au moment de la retraite en tant qu'outil privilégié de la prévention primaire et condition essentielle d'un vieillissement actif, épanoui dans son environnement et en bonne santé.
- Appuyer l'action des associations impliquées dans la solidarité extrafamiliale intergénérationnelle et intragénérationnelle afin d'exploiter le terreau de volontés affichées par une majorité de citoyens. Les actions doivent être intégrées et couvrir tous les domaines de la vie, y compris le travail, le logement, l'action sociale, les soins.
- Développer les actions et pratiques innovantes en matière d'urbanisme et de logement (notamment cohabitation active/aide mutuelle) afin de favoriser les liens intergénérationnels et intragénérationnels dans notre société et de permettre le maintien des personnes âgées à domicile pour toutes les catégories sociales.

- Mieux reconnaître les besoins des aidants familiaux, notamment en matière de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale (horaires de travail plus flexibles, « budget temps »). Pour les « générations intermédiaires », il s'agit d'alléger la charge face à la dépendance (valorisation des métiers de service à la personne, télétravail, utilisation des gérontechnologies). À ce titre, le développement du modèle de gestion de cas, une des mesures qui semblent les plus efficaces en faveur des aidants, doit être soutenu.
- Conforter le référentiel des bonnes pratiques en EHPAD, dont le caractère incitatif pourrait être renforcé par la mise en place d'un label associé.



Synthèse conclusive

1. La santé mentale : un concept renouvelé

Au même titre que la santé ne se restreint pas à l'absence de maladie physique, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de trouble psychique ou de maladie mentale. Selon l'OMS et l'Union européenne, on distingue aujourd'hui trois dimensions de la santé mentale :

- les troubles mentaux (troubles psychotiques, troubles dépressifs caractérisés, etc.) ;
- la détresse psychologique ou souffrance psychique, qui traduit un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle correspond à la présence de symptômes anxieux et dépressifs peu intenses (dépressivité) liés à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles ;
- la santé mentale positive. Cette dernière dimension, longtemps négligée, recouvre l'estime de soi, les capacités d'adaptation, le sentiment de maîtrise de sa vie, etc. Tout comme la santé physique, elle est la condition d'une vie réussie.

Les différentes formes du « bien-être mental » (désir de réalisation, résilience aux difficultés, empathie et capacité à se lier avec autrui) sont des dispositions plus que jamais jugées nécessaires dans le parcours de vie. « Il n'y a pas aujourd'hui de santé, de bien-être ni de socialité équilibrée sans santé mentale », pour reprendre la pertinente formule d'Alain Ehrenberg.

Ces trente dernières années, l'approche des troubles de la subjectivité et des états de bien-être s'est considérablement renouvelée pour devenir multifactorielle. Ainsi, la santé mentale se doit d'être pensée désormais à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions.

2. La santé mentale, une question publique

Le bien-être suscite un consensus croissant comme indicateur alternatif d'évaluation des performances collectives. Le PIB à lui seul ne peut fournir un reflet exact de la qualité de la vie. Les travaux de la Commission Stiglitz incitent à une meilleure prise en compte de la dimension subjective du bien-être (bonheur, satisfaction, émotions positives ou négatives) dans la conduite des politiques publiques.

En outre, la santé mentale n'est pas un luxe : l'Union européenne évalue entre 3 % et 4 % du PIB les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale sur l'économie (invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, absentéisme, baisse de la productivité).

Dans le cas de l'enfance en difficulté, des études canadiennes et anglaises démontrent qu'un euro investi en prévention fait économiser sept euros de dépenses de sécurité et d'aide sociale à long terme.

De surcroît, en ces temps de sortie de crise, investir dans la santé mentale s'avère encore plus important : une société en mauvaise santé mentale pourrait voir ses « capacités de rebond » dégradées.

Au regard de certains pays exemplaires en matière de santé mentale, il apparaît que la France peut s'appuyer sur un certain nombre de politiques publiques déjà existantes, même si elles n'ont pas été conçues initialement dans ce but. Œuvrer pour la santé mentale de tous ne suppose pas forcément des dépenses supplémentaires mais plutôt un redéploiement de celles-ci.

3. Quel est l'état des lieux de la santé mentale en France ?

Considérant la large couverture du champ de la santé mentale, il serait périlleux à partir d'un seul marqueur, d'inférer des jugements globalisants sur l'évolution de la santé mentale d'une population, son mal-être ou au contraire son bien-être. Il convient alors de ramener les indicateurs à ce qu'ils sont censés révéler : les indicateurs de maladie mentale recouvrent la quantification des pathologies mentales, ceux de mal-être s'attachent aux tensions mentales, ceux de bien-être portent sur la satisfaction tirée de l'existence au niveau émotionnel ou cognitif.

En France, il est manifeste que les expressions de détresse psychologique, dont la dépressivité, ont beaucoup augmenté ces vingt ou trente dernières années. Le niveau de satisfaction et d'optimisme déclaré est assez médiocre. Mais cela n'empêche pas une majorité de Français de se dire assez habituellement « heureux » au quotidien et en capacité de prendre en main leur destin. Les émotions ressenties et le sentiment de maîtrise relative de sa destinée (« *mastery* ») se distinguent donc des jugements sur l'existence ou sur l'avenir.

Après une nette progression entre 1976 et 1986, le suicide recule (moins de 2 % des décès), la dépression est stable autour de 3 % (dans sa forme la plus sévère), mais la détresse psychologique a considérablement augmenté (elle a été multipliée par trois en vingt ans et touche un Français sur cinq). Les populations frappées ont en outre évolué. Les jeunes, les actifs et les femmes sont plus exposés qu'auparavant, ce qui donne davantage de visibilité à cette souffrance.

Nous ne sommes pas tous égaux en santé mentale : les situations sociales se bouclent sur des expressions de mal-être ou de bien-être mental pour former des sentiers « psychosociaux ». La persistance de certains publics dans des sentiers psychosociaux divergents se concrétise par des disparités de santé et de bien-être. Cela est manifeste pour les groupes qui présentent des cumuls de handicaps sociaux (chômeurs, immigrés, sans-abri, détenus), dont la pauvreté ou la rupture des liens familiaux. C'est vrai également pour les femmes et les hommes, qui présentent des profils de santé mentale différents : les femmes développent des symptômes ou des pathologies (détresse psychologique, stress, idéations suicidaires et tentatives de suicide) ; les hommes développent des comportements (addictions, violence et suicides).

Enfin, si l'exploration statistique de la souffrance au travail est encore très imparfaite, la littérature a souligné les effets du stress sur les maladies cardiovasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques. Les études ont montré un accroissement du risque de ces pathologies pouvant atteindre 50 % à 100 % en cas d'exposition aux facteurs psychosociaux au travail.

4. Quelles recommandations ?

Les données du problème incitent à faire rapidement évoluer des approches de la santé mentale encore trop réactives, fragmentées ou sectorielles, strictement sanitaires ou médicosociales. La France est dotée d'un Plan « santé mentale », mais il recouvre des réalités essentiellement associées à la psychiatrie et à la maladie mentale. L'inscription de la gestion des risques

psychosociaux à l'agenda marque une inflexion majeure dans l'émergence d'une nouvelle problématique « santé mentale et société ».

En outre, la santé mentale et la satisfaction dépendent de facteurs environnementaux (famille, éducation, emploi, logement, etc.) et de comportements individuels (tabagisme, recours au système de soins, etc.), de telle sorte qu'une amélioration significative ne peut être obtenue que par une action continue. Pour une garantie d'effectivité, la sensibilisation et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs vis-à-vis de la santé mentale constituent la voie la plus souhaitable. Il s'agit de ne pas s'appuyer sur le seul système de santé ou les personnels soignants mais d'amener chacun, pouvoirs publics, employeurs, managers, enseignants, associations, particuliers, etc., à faire progresser, même modérément, sa prise en considération des enjeux.

■ **À l'école** : investir tôt dans les personnes pour un bon départ dans la vie est une perspective aujourd'hui partagée. En économie, le courant du capital humain et de la formation des compétences étudie les bénéfices de long terme d'un investissement dans les personnes en âge préscolaire et scolaire, avec un intérêt nouveau pour les compétences émotionnelles, sociales et cognitives, censées favoriser la cohésion et l'intégration, le développement des dispositions à l'apprentissage, de l'identité et de la confiance en soi, comme la préparation à la vie en collectivité.

L'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte appellent également l'attention. Les jeunes de 15 à 19 ans se présentent comme un « groupe anxieux ». Des remèdes, au moins partiels, peuvent être envisagés : rendre les jeunes plus responsables d'eux-mêmes tout au long de leur vie, en renforçant l'influence de la formation continue sur leur destin personnel (encourager la réorientation, les années de césure et les formations professionnalisantes) et en leur donnant les moyens de leur autonomie (mesures en faveur de l'indépendance financière comme le prêt à remboursement contingent).

■ **Au travail** : derrière le concept de risques psychosociaux se cache un besoin de données épidémiologiques, pour reconnaître l'existence et l'ampleur du phénomène, mais également pour développer une démarche de prévention de la santé mentale en milieu de travail et pour inciter chaque acteur concerné à assumer ses responsabilités, en particulier lorsque des changements brusques, réorganisations, restructurations, affectent les entreprises, publiques ou privées, et leurs salariés.

Il convient alors de promouvoir des modes d'organisation du travail plus efficaces en mettant en place des démarches de sensibilisation et de formation pour l'action des principaux groupes d'acteurs jouant un rôle clé, dans et hors de l'entreprise afin d'en faire l'affaire de tous, des grandes écoles formant les futurs managers aux dirigeants des grandes entreprises, en passant par les cabinets de conseil en organisation et en management.

■ **À l'épreuve du vieillissement** : à la conception d'un vieillissement passif s'est récemment substituée une nouvelle vision plus proactive du vieillissement, en phase avec les réalités actuelles. Avec l'allongement de l'espérance de vie se dégage un nouvel âge actif. Sachant que les conditions et l'environnement de travail favorisent le maintien dans l'emploi des seniors, en plus des seules incitations financières, il serait nécessaire de poursuivre plus avant les négociations en faveur d'un cadre définitionnel de la pénibilité au travail et d'indicateurs associés.

Au-delà du maintien nécessaire des seniors dans l'emploi, ce phénomène implique également de promouvoir les moyens d'une vie saine, bien remplie et socialement épanouie dans la longévité. Dans cette perspective, soutenir la mise en œuvre d'une consultation médicale de longévité de manière systématique au moment de la retraite apparaît primordial, en tant qu'outil privilégié de la prévention primaire et condition essentielle d'un vieillissement actif, épanoui dans son environnement et en bonne santé.

Face à l'enjeu de la dépendance, valoriser les métiers de services à la personne, généraliser le modèle de gestionnaire de cas (guichet unique) en matière de dépendance, développer les gérontechnologies, pourraient avoir un effet démultiplicateur. En effet, de telles mesures laissent espérer des bénéfices aussi bien pour les personnes âgées que pour leurs aidants, professionnels comme familiaux.

Il s'agit par là de préserver les aidants du *burnout*, de favoriser la qualité des emplois de service, d'écarter les risques d'isolement et de maltraitance des aînés.



Tableau récapitulatif : idées reçues et réalité des faits

Idées reçues	Réalité des faits
<p>Idée reçue n° 1 Être en bonne santé mentale, c'est ne pas avoir de maladie mentale</p>	<p>De même que la santé ne se restreint pas au fait de ne pas souffrir de maladie physique, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de trouble psychique.</p> <p>On distingue trois dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les troubles mentaux ; - la détresse psychologique ; - la santé mentale positive. <p>Cette dernière dimension, longtemps négligée, recouvre l'estime de soi, les capacités d'adaptation, le sentiment de maîtrise de sa vie, etc. Tout comme la santé physique, elle est une condition d'une vie réussie.</p>
<p>Idée reçue n° 2 En temps de crise, se préoccuper de la santé mentale est un luxe</p>	<p>L'Union européenne évalue entre 3 % et 4 % du PIB les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale sur l'économie (invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, absentéisme, baisse de la productivité).</p> <p>En temps normal, la promotion de la santé mentale (universelle et ciblée) améliore non seulement la vie de tous mais prévient également certains problèmes sociaux et la détresse psychologique. Par ailleurs, un redéploiement sans augmentation des dépenses pourrait suffire à la promotion de la santé mentale et même se traduire par un solde positif, au vu des bénéfices attendus. Dans le cas de l'enfance « difficile » (trouble du comportement et/ou des conduites), on considère qu'un euro investi en prévention fait économiser sept euros à long terme de dépenses de justice, police et aide sociale.</p> <p>De surcroît, en ces temps de sortie de crise, investir dans la santé mentale s'avère encore plus important : une société en mauvaise santé mentale pourrait voir ses « capacités de rebond » dégradées.</p>
<p>Idée reçue n° 3 La crise a fortement dégradé le moral des Français</p>	<p>Le moral des deux tiers des Français n'a pas été entamé par la crise, même si celui des catégories les plus vulnérables a été plus affecté (ménages les plus modestes, travailleurs indépendants, femmes de plus de 35 ans).</p> <p>Toutefois, une majorité de Français s'inquiète de l'impact de la crise sur le moral de son entourage.</p>
<p>Idée reçue n° 4 La santé mentale est une affaire de soignants</p>	<p>Une politique de santé mentale relève d'une stratégie de santé publique qui cherche à peser sur l'ensemble des déterminants (individuels, familiaux, collectifs et sociaux) et passe par un renforcement des facteurs de protection et par la réduction des facteurs de risque.</p> <p>Une politique de santé mentale se doit donc d'être pensée de manière globale et non comme une simple politique de santé. Elle nécessite d'impliquer les acteurs non sanitaires (employeurs, managers, enseignants, travailleurs sociaux, responsables locaux et collectivités, etc.) dans la promotion d'une santé mentale positive.</p> <p>Les acteurs de l'environnement scolaire et professionnel sont jugés importants par plus de 80 % des Français.</p>

Idées reçues	Réalité des faits
<p>Idée reçue n° 5</p> <p>Les Français ont plus de problèmes de santé mentale que par le passé</p>	<p>Les Français n'apparaissent pas plus ou moins atteints qu'avant par des « problèmes » de santé mentale mais présentent une évolution des expressions du mal-être.</p> <p>Le suicide recule (moins de 2 % des décès), la dépression est stable autour de 3 % (dans sa forme la plus sévère), mais la détresse psychologique a considérablement augmenté (elle a été multipliée par trois en vingt ans et touche un Français sur cinq).</p> <p>En outre, les populations frappées ont évolué : les jeunes, les actifs et les femmes sont plus exposés qu'auparavant, ce qui donne davantage de visibilité à cette souffrance.</p>
<p>Idée reçue n° 6</p> <p>Les Français sont plus malheureux et insatisfaits que les autres Européens</p>	<p>Les Français figurent parmi les populations médiocrement satisfaites de nombreuses dimensions de leur existence et de l'état de la société en général.</p> <p>Le niveau de bonheur déclaré par les Français se situe en bas du classement de l'ancienne Europe des Quinze et à un rang médian dans l'Europe des Vingt-sept.</p> <p>Les Français jugent assez « durement » leur vie, la société ou l'avenir. Cependant, lorsqu'ils sont sollicités sur leurs états de bien-être au quotidien, ils apparaissent plus heureux que leurs voisins européens (74 % des Français déclarent être heureux contre 65 % des Européens).</p>
<p>Idée reçue n° 7</p> <p>Leur forte consommation d'antidépresseurs prouve que les Français sont malheureux</p>	<p>Les taux de consommation d'antidépresseurs nous informent moins sur l'état de santé mentale des Français que sur les habitudes de prescription des médicaments.</p> <p>Sur 100 personnes ayant consommé un antidépresseur dans l'année, 56 % n'ont ni trouble anxieux ni trouble dépressif justifiant l'usage de substances psychoactives.</p> <p>Cette situation ne traduit pas une bonne couverture des besoins sanitaires mais un mauvais usage des médicaments et l'absence de solution alternative.</p>
<p>Idée reçue n° 8</p> <p>On est plus heureux à 20 ans qu'à 60 ans</p>	<p>Le sentiment de bien-être évolue de manière très contrastée au cours de la vie. Schématiquement, il descend de 20 à 40 ans pour remonter et connaître son apogée entre 65 et 70 ans. Au-delà, il décline très rapidement.</p> <p>Ces évolutions reflètent les problèmes rencontrés aux différents âges de la vie. Alors que les jeunes cumulent construction identitaire et inquiétude face à l'avenir, les adultes actifs connaissent des difficultés matérielles et de conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Le grand âge est exposé pour sa part à des problématiques de dépendance et d'isolement. Les populations les plus protégées semblent être les sexagénaires, un âge où aujourd'hui l'on peut espérer bénéficier d'une bonne santé, d'un certain confort matériel, de temps pour soi, pour ce et ceux que l'on aime.</p>

Idées reçues	Réalité des faits
<p>Idée reçue n° 9 Par nature, les femmes sont anxieuses et dépressives quand les hommes sont violents envers les autres et envers eux-mêmes</p>	<p>Hommes et femmes présentent en effet des profils de santé mentale différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - détresse psychologique, stress, idéations suicidaires et tentatives de suicide sont plus le fait des femmes ; - comportements addictifs, violence et suicides sont davantage des comportements masculins. <p>Ceci s'explique moins par la biologie que par des socialisations et des modes de vie différents qui n'exposent pas les femmes et les hommes aux mêmes « stresseurs » et les amènent à adopter des voies différentes d'expression de leurs tensions. Les femmes développent des symptômes ou des pathologies, les hommes des comportements.</p>
<p>Idée reçue n° 10 Le bonheur est dans le foyer</p>	<p>Lorsqu'on interroge les Français sur l'importance relative des différents domaines de la vie dans leur bien-être, la famille arrive toujours en tête, devant le travail et les amis.</p> <p>Les enquêtes le confirment : les personnes qui vivent en famille se disent plus heureuses que les célibataires, les veufs et les divorcés. Cependant, le fait d'avoir des enfants n'est pas corrélé avec la satisfaction déclarée.</p> <p>Comme le montre le relatif mal-être des chefs de famille monoparentale, c'est moins la présence d'enfants qui protège que celle d'un conjoint pourvoyant le soutien et l'appui social nécessaires à la confiance et à l'estime de soi.</p> <p>Enfin, c'est la qualité des interactions avec les membres du groupe familial plus que leur densité et leur nombre qui importe.</p>
<p>Idée reçue n° 11 La pénibilité au travail est physique pour les ouvriers et psychologique pour les cadres</p>	<p>Contre le cliché distinguant des ouvriers soumis à une pénibilité physique et des cadres subissant une pénibilité mentale (le « stress »), l'approche des tensions au travail (<i>job strain</i> ou « travail sous contraintes ») montre un cumul plus complexe de risques en bas de l'échelle des catégories socioprofessionnelles.</p> <p>Une forte demande psychologique alliée à une faible latitude de décision crée une situation de <i>job strain</i> avec risque d'accident cardiovasculaire, de troubles musculo-squelettiques et de dépression. C'est pour les salariés qui cumulent le plus de pénibilités physiques et organisationnelles (horaires, rythme de travail mais aussi tensions avec le public et le management) que les situations de <i>job strain</i> sont les plus fréquentes. Il y a un cumul des pénibilités physiques et mentales.</p>
<p>Idée reçue n° 12 Il faut légiférer en matière de stress au travail</p>	<p>Le droit du travail français est déjà relativement protecteur. Plutôt que de légiférer, mieux vaudrait s'employer à faire davantage appliquer les textes existants.</p> <p>Il est à craindre qu'une législation trop stricte en matière de sécurité et de santé au travail ne se solde par une exacerbation des conflits au sein de l'entreprise et <i>in fine</i> à une mise sous pression des salariés par les employeurs.</p>

Idées reçues	Réalité des faits
<p>Idée reçue n° 13 Mieux vaut être chômeur qu'avoir un travail dans lequel on ne se sent pas bien</p>	<p>Le risque de développer une détresse mentale est plus grand parmi les inactifs que chez les actifs occupés.</p> <p>Les personnes qui passent d'une situation de non-emploi à une situation d'emploi, quel que soit le type de travail, voient leur santé mentale s'améliorer.</p> <p>Ceci est d'autant plus vrai s'il s'agit d'un emploi stable et sans condition de pénibilité notable.</p>
<p>Idée reçue n° 14 On ne consacre pas assez de moyens à la santé mentale des plus vulnérables</p>	<p>Du fait de leur exposition plus forte à la précarité et/ou à l'exclusion, certaines populations sont plus vulnérables en matière de santé mentale (sans-abri, détenus, chômeurs, immigrés, etc.). Il convient donc de leur consacrer une attention privilégiée et des moyens renforcés.</p> <p>Cependant, bien souvent, plus qu'un manque de moyens est constatée une utilisation sous-optimale de ceux-ci. Œuvrer pour une meilleure coordination des secteurs d'aide sociale et sanitaire est une priorité.</p>
<p>Idées reçues n° 15 Il est important de parler du suicide</p>	<p>Ce point ne manque pas d'être controversé. L'accompagnement des endeuillés pourrait aussi bien agir comme une protection que comme un levier de contagion. Les adolescents pourraient être incités à l'imitation plutôt qu'être protégés par ce type d'accompagnement et de prévention.</p> <p>Quant à la médiatisation du phénomène, des chartes de bonne conduite sont proposées dans certains pays aux médias sur la manière de couvrir ces événements : ne pas présenter l'acte comme inexplicable ; s'enquérir sur l'existence d'une dépression, d'un autre trouble psychique durable, ou d'une dépendance à l'alcool ou à une drogue ; ne pas parler d'épidémie dès que le taux de suicide paraît en augmentation.</p> <p>Naturellement, ces précautions ne sauraient faire porter le secret sur des dysfonctionnements majeurs au sein des organisations (établissements scolaires, entreprises, etc.).</p> <p>En outre, concernant les personnes qui formulent des projets suicidaires, il est essentiel de les prendre au sérieux, de leur offrir une écoute attentive et d'engager une prise en charge par des professionnels, dans un contexte adapté.</p>

ANNEXES



Annexe 1

Les Français et les addictions : diversité des produits, unité des facteurs

Ce n'est pas le produit qui fait l'addiction mais le rapport que l'on entretient avec lui. Les addictions ne sont pas en augmentation mais leur champ s'étend : les plus traditionnelles (alcool, tabac, cannabis) coexistent avec de nouvelles, qui sont liées au jeu, aux univers virtuels ou à l'alimentation.

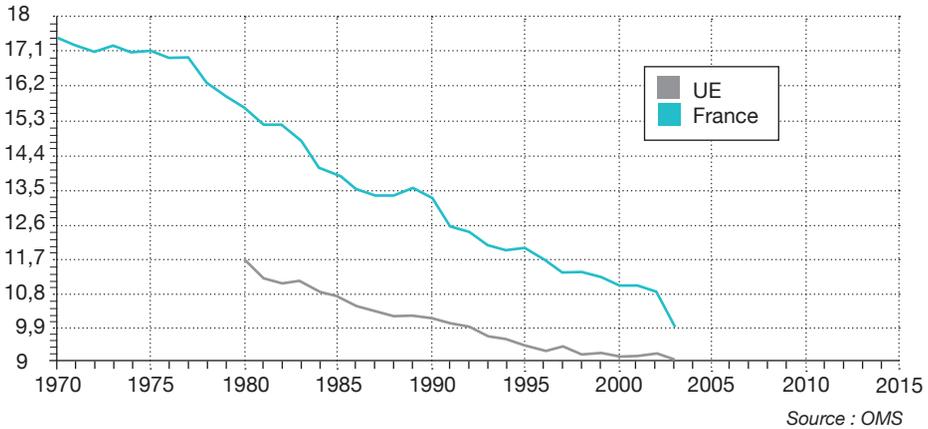
En matière de comportements d'addiction, on constate, indépendamment du produit ou de la substance psychoactive, une grande unité des facteurs prépondérants : le genre masculin, le jeune âge – adolescents et jeunes adultes – et la précocité dans le recours au produit, les antécédents familiaux, un faible niveau de revenus, un milieu social difficile sur le plan familial, scolaire, professionnel ou judiciaire. Cette similarité des facteurs de risque n'est guère étonnante. Qu'il s'agisse de tabac, de jeu en ligne ou de nourriture, les processus biologiques mis en jeu sont semblables. L'activité addictive produit une stimulation cérébrale du système de récompense, dérégulé par une consommation répétée, d'où la nécessité d'élever sans cesse les niveaux de stimulations... Les mécanismes sociologiques à l'origine d'un mal-être qui pousse à rechercher un oubli de soi sont également connus. Bien que les voies et les conséquences soient différentes, l'alcoolique, le tabagique, le « haschichien », le joueur pathologique, le « cyber-addict » voire le boulimique partagent la même quête hédonique. On ne doit donc pas s'étonner de constater souvent, dans la trajectoire des personnes dépendantes, une substitution de la source addictive, voire la combinaison en simultané de plusieurs sources. Quoi qu'il en soit, l'unité des facteurs d'addiction incite à intégrer dans le champ de la santé mentale, où convergent le dérèglement biologique et la désaffiliation sociale, un ensemble forcément mouvant de substances et de pratiques.

Alcool : usage « récréatif » et usage toxique coexistent dans la société française

Selon les données de l'OMS, la consommation d'alcool a fortement diminué en France depuis la fin des années 1950 : en 40 ans, elle est passée de 17,7 litres d'alcool pur par habitant et par an à 10 litres en 2003 (ce taux est aujourd'hui encore supérieur à la moyenne par adulte et par an de l'Union européenne qui se situe à 9,1 litres d'équivalent alcool pur). C'est en Europe que la consommation d'alcool par habitant reste la plus élevée au monde : 5 % des Européens seraient dépendants de l'alcool.

Les hommes sont habituellement plus consommateurs d'alcool que les femmes : ils boivent plus fréquemment et en plus grande quantité. En 2005, en France, chez les 18-75 ans, les hommes ont trois fois plus souvent que les femmes une

Graphique n° 26 : La consommation d'alcool en France et en Europe
(en litres par habitant)



consommation régulière (30,1 % contre 10,1 %) ou quotidienne d'alcool (20,3 % contre 7,3 %). Attention toutefois à ne pas confondre la consommation d'alcool et la prévalence des problèmes d'usage de l'alcool. La France est un pays « humide », qui produit du vin et est accoutumée à une consommation quotidienne qui n'est pas systématiquement pathologique, alors que dans certains pays, on ne boit pas tous les jours mais on boit d'une façon toxique (pays « secs » non producteurs). Ce qui distingue certains consommateurs est leur dépendance : les hommes sont plus souvent consommateurs dépendants d'alcool que les femmes. On dénombre ainsi 350 000 hommes et 40 000 femmes de 18 à 75 ans concernés par ce problème. Chez les hommes, la dépendance alcoolique croît considérablement avec l'âge¹.

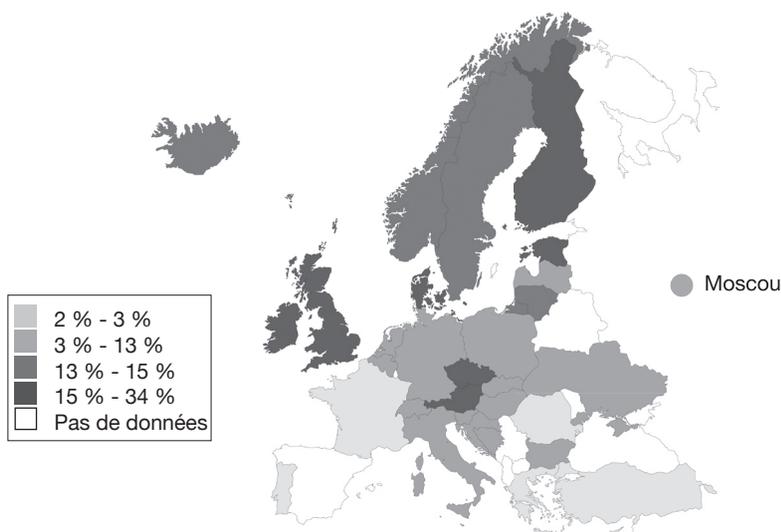
Faut-il s'inquiéter pour les jeunes, alors que le « *binge drinking* » focalise l'attention² ? La France figure parmi les meilleurs élèves au niveau européen en termes d'ivresse des jeunes (figure n° 5)³.

1 - Les hommes restent largement majoritaires parmi les consommateurs « à risque » (de devenir dépendants) : 2,8 millions contre 500 000 femmes. En moyenne, en Europe, un homme sur quatre et une femme sur dix ont une consommation d'alcool à risque. Voir Costes J.-M. (dir.), *Drogues, chiffres clés*, OFDT, décembre 2007.

2 - Terme anglo-saxon désignant une conduite d'alcoolisation ponctuelle excessive visant l'ivresse. Près de six jeunes de 17 ans sur dix déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, un sur deux au cours des douze derniers mois, et près d'un sur dix au moins dix fois au cours de l'année. Les consommations ponctuelles importantes (cinq verres ou plus en une seule occasion) concernent un peu moins de la moitié des jeunes de 17 ans le mois précédant l'enquête. Les jeunes de 17 ans sont par ailleurs 19,7 % à déclarer l'avoir fait au moins trois fois et 2,4 % au moins dix fois au cours du mois, l'écart entre les sexes étant d'autant plus marqué que la fréquence de ce comportement est élevée (cf. discours de Roselyne Bachelot le 17 juillet 2008 lors du lancement de la campagne « Prévention alcool des jeunes »). Le gouvernement a établi un plan « Santé des Jeunes » qui comprend des mesures de lutte comme relever à 18 ans l'âge légal pour acheter de l'alcool et interdire la pratique des « open bars ».

3 - Beck F., Guillemont J. et Legleye S., « L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique », *AdSP*, n° 67, juin 2009.

Figure n° 5 : Part des jeunes qui ont connu dix ivresses ou plus sur l'année écoulée à 16 ans



On observe toutefois une évolution des comportements d'alcoolisation parmi les jeunes : la diminution de la consommation régulière d'alcool n'empêche pas une recrudescence des expériences d'ivresse brutale, une pratique plutôt masculine (57,1 % des garçons contre 39,9 % des filles). Entre 2004 et 2007, les cas d'hospitalisation liés à l'alcoolisation ont connu une augmentation de 50 % pour la tranche des 15 à 24 ans, mais aussi pour les moins de 15 ans. L'âge moyen lors de la première ivresse est 14,9 ans pour les garçons et 15,3 ans pour les filles¹. Au total, si l'usage du tabac et du cannabis est en baisse chez les adolescents, leur consommation d'alcool a augmenté².

Les buveurs réguliers à l'adolescence sont proportionnellement plus nombreux à avoir rencontré des difficultés lors de leur parcours scolaire (redoublement, orientation précoce en filières courtes ou professionnelles). Contrairement aux idées reçues, c'est au sein des ménages favorisés que les consommateurs réguliers sont les plus nombreux. La consommation d'alcool est au contraire plus limitée pour les jeunes issus de milieux plus modestes. La situation familiale a une influence forte : les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble, qui séjournent en internat ou hors de leur foyer se

1 - La proportion d'élèves déclarant avoir déjà été ivres au cours de leur vie passe de 6 % parmi les élèves de 11 ans à 16 % à l'âge de 13 ans et 41 % à 15 ans. Legleye S., Spilka S., Le Nézet O. et Laffiteau C., « Les drogues à 17 ans », résultats de l'enquête Escapad 2008.

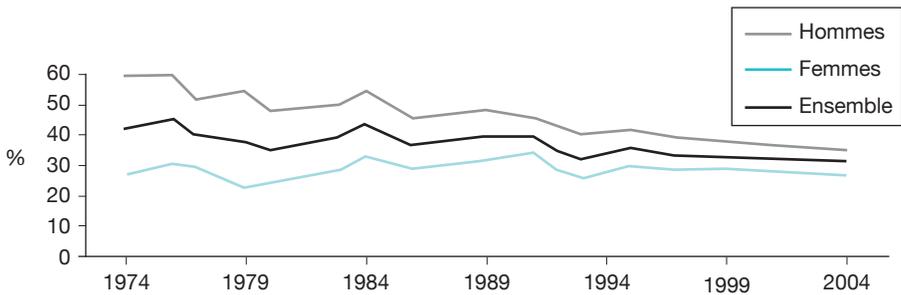
2 - Enquête ESPAD 2007 (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) menée tous les quatre ans dans plus de 35 pays européens sur des jeunes de 16 ans. 13 % des jeunes de 16 ans en 2007, contre 7 % en 2003, ont déclaré boire régulièrement ; le phénomène concerne deux fois plus les garçons que les filles.

déclarent plus fréquemment consommateurs réguliers d'alcool et sujets à des ivresses répétées.

Tabac : entre rite de passage et noyau dur de consommateurs

Le tabagisme concerne 33,3 % des hommes et 26,5 % des femmes. La consommation de tabac des Français est en baisse depuis les années 1980. Si cette baisse apparaît durable, elle s'est néanmoins ralentie ces dernières années malgré les campagnes, la législation anti-tabagisme et la politique de prix.

Graphique n° 27 : Prévalence du tabagisme parmi les 18-75 ans (1974-2004)



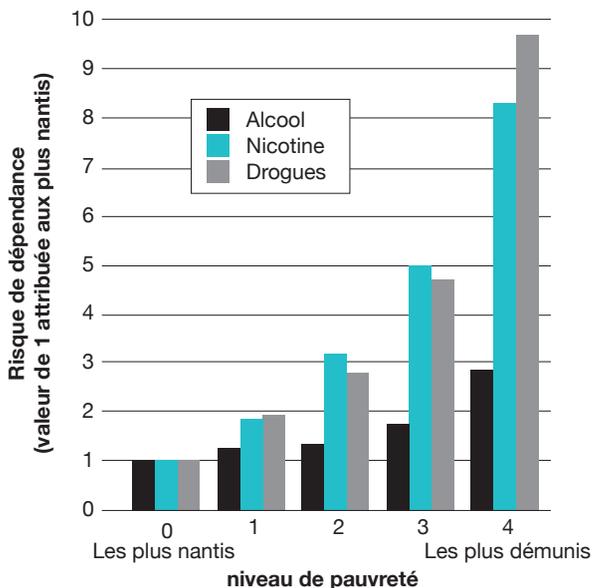
Sources : CFES et INPES

La consommation de tabac quotidienne des jeunes en France a baissé mais la tentation à l'entrée de l'âge adulte reste forte. Le tabac conserve un statut de rite de passage : si moins d'un jeune sur dix (8 %) fume entre 12 et 14 ans, près d'un sur deux (48 %) fume entre 20 et 25 ans. À 17 ans, garçons et filles présentent désormais des niveaux de consommation comparables (33,6 % contre 32,3 %). De 12 à 19 ans, les filles sont un peu plus nombreuses à déclarer fumer que les garçons mais la tendance s'inverse ensuite. Tous les jeunes fumeurs ne persèverent pas.

Le maintien de cette prévalence élevée est dû à la présence d'un noyau dur de pratiquants, peu sensibles au prix et souvent prêts à sacrifier d'autres consommations (notamment alimentaires) pour satisfaire leur addiction. Le frein à la baisse incite plutôt à abandonner une approche « signal-prix », défavorable aux foyers les plus modestes, en faveur d'une approche psychosociale plus sensible aux facteurs de risque. Certes, les Français ne sont pas les fumeurs les plus pénalisés sur leur budget au sein de l'Union européenne : avec 1,7 % de leur budget consacré au tabac en 2004 (1,6 % en 2005), ils se situent en dessous de la moyenne de l'Europe des Vingt-cinq, qui atteint 2 %¹. Cela n'empêche pas une importante dispersion du poids de la consommation sur le budget des ménages.

1 - Besson D., « Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003 », *INSEE Première*, n° 1110, décembre 2006.

Graphique n° 28 : Dénouement socioéconomique et risque de dépendance à l'alcool, à la nicotine et aux drogues (Royaume-Uni, 1993)



Source : OMS

Bien plus que l'alcoolisme, le tabagisme est associé à des indicateurs de situation défavorisée sur les plans économique et social. Les difficultés sociales – mauvaises conditions de logement, modicité des revenus, situation monoparentale, chômage ou absence de domicile fixe – vont de pair avec des taux élevés de tabagisme et des taux très faibles de sevrage tabagique. Le tabagisme prélève un tribut important sur les revenus des plus démunis. Or la nicotine ne réduit pas véritablement le stress, pas plus qu'elle n'améliore l'humeur. Le tabac, comme l'ensemble des toxicomanies, contribue à accroître les inégalités de santé.

Cannabis : une consommation qui reste associée à la marginalité

L'usage régulier du cannabis reste globalement marginal et fortement masculin : 3,6 % des hommes de 18 à 75 ans disent en avoir consommé plus de 10 fois dans le mois contre 1,1 % des femmes de la même tranche d'âge.

Le phénomène a tendance à être socialement surestimé, aussi bien par les adultes que par les jeunes eux-mêmes. En 2004, si 4 % des jeunes en consommaient régulièrement, en revanche 70 % des jeunes scolarisés de 12 à 25 ans n'avaient jamais pris de cannabis¹. Une baisse apparaît sur le long terme : la consommation de cannabis chez les jeunes serait passée de 5,5 % en 1999 à 3,4 % en 2007, selon l'enquête ESPAD 2007.

¹ - Lamoureux P., *Adolescence et santé, constat et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*, INPES, septembre 2004.

Cette consommation est surtout répandue parmi les jeunes générations et tout particulièrement celle des 18-24 ans : 12,5 % des hommes contre 4,8 % des femmes. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la proportion d'usagers réguliers est nettement plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes, c'est donc un phénomène « jeune »¹. Par exemple, en 2005, 15,7 % des 15-24 ans déclarent avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent. 10,8 % des jeunes de 17 ans et 2,3 % des adultes de 18 à 75 ans sont des fumeurs réguliers de cannabis. Au contraire de ce qui est observé pour l'alcool, les écarts entre les sexes sont plus importants dans les générations les plus âgées : si les hommes sont d'emblée plus expérimentateurs que les femmes, l'écart croît au fur et à mesure que cette pratique se maintient et s'intensifie.

Le profil des consommateurs de cannabis de 15-25 ans est singulier : on constate un lien entre le mal-être scolaire et la consommation régulière de cannabis, et avec la perception de l'adolescent du contrôle, mais aussi de l'écoute et de l'attention de ses parents à son égard. Enfin, la proportion de jeunes déclarant avoir souffert d'une douleur morale difficile à supporter au cours de l'année est plus élevée chez les consommateurs réguliers de cannabis que chez les autres.

Addiction au jeu : des signaux d'alerte

Il n'existe pas d'étude chiffrée sur la prévalence de l'addiction au jeu parmi la population française. On peut toutefois se fonder sur quelque 200 enquêtes de prévalence sur la question du jeu de hasard et d'argent, principalement menées dans les pays anglo-saxons.

Selon l'INSERM², malgré une grande disparité de niveaux selon les pays, la prévalence du jeu « pathologique » en population générale semble s'établir entre 0,5 % et 1 %, proportion à laquelle on peut ajouter une prévalence de 1 % à 2 % de joueurs « problématiques »³. Ainsi, en France, on infère de ces résultats que le jeu « problématique » ou « pathologique » toucherait entre 400 000 et 800 000 personnes. On parle d'addiction quand le jeu devient le centre de la vie au détriment d'autres investissements (affectifs, professionnels, scolaires).

Ces études font ressortir des facteurs associés à ces comportements qui sont globalement identiques à ceux documentés pour les autres comportements addictifs : le genre masculin, les antécédents familiaux, la précocité aux jeux

1 - Costes J.-M. (dir.), *Drogues, chiffres clés*, op. cit.

2 - INSERM, *Jeu de hasard et d'argent – Contextes et addictions*, Expertise collective, Les Éditions INSERM, 2008.

3 - La plupart des études existantes distinguent le « jeu pathologique » (individu dont l'état ou le comportement répondent à des critères d'un diagnostic clinique, ou d'un questionnaire-test), du « jeu problématique ou excessif » (individu non classé comme pathologique mais remplissant certains critères témoignant de difficultés en lien avec son comportement de jeu). Une définition extensive du jeu problématique inclut également le jeu pathologique.

d'argent et de hasard, un faible niveau de revenus, un milieu social difficile sur le plan familial, scolaire, professionnel ou judiciaire.

Il y a un lien étroit entre jeu pathologique, consommation de produits psychoactifs et présence de troubles mentaux.

À défaut d'étude épidémiologique, on peut toutefois constater que la pratique des jeux de hasard et d'argent s'est intensifiée en France au cours des dernières années. Que ce soit pour la Française des Jeux, le PMU ou le casino, les mises des joueurs ainsi que leurs dépenses nettes (leurs mises moins leurs gains) ont doublé sur les cinq à six dernières années. Selon un rapport parlementaire de 2006¹, la dépense en jeux de hasard et d'argent est estimée à 134 euros par an et par habitant. Cette moyenne ne rend en aucun compte de la dispersion : la problématique des joueurs « addicts » est d'y sacrifier des revenus au détriment des consommations de base.

Addiction aux nouvelles technologies : à ne pas négliger

On a vu apparaître ces dernières années les termes de « cyber-addiction », « cyberdépendance » ou « hardcore gamers », signalant le développement d'une dépendance à Internet et aux jeux vidéo. La littérature internationale porte essentiellement sur la question du *gambling*, autrement dit sur la pratique des jeux de hasard : les études sur l'addiction à Internet ou aux jeux vidéo (*playing*) sont plus récentes (depuis le milieu des années 1990) et encore centrées sur les problèmes de concepts et de méthodes².

Pour la France, il n'existe pas d'étude approfondie et les chiffres disponibles sont donc rares. On constate cependant un nombre croissant d'hospitalisations pour addiction aux jeux vidéo depuis 2003³. Premiers adeptes des nouvelles technologies, les jeunes constituent évidemment la principale population à risque : 85 % des 11-19 ans sont connectés au Net et 64 % possèdent un téléphone mobile. En moyenne, les jeunes passent 800 heures par an à l'école, 1 500 heures devant un écran – peu importe lequel – et 80 heures à discuter avec leurs parents.

Les premiers travaux menés à l'étranger tendent à démontrer que la dépendance aux jeux vidéo est associée aux mêmes facteurs que les autres comportements addictifs : le genre masculin, le jeune âge (adolescents et jeunes adultes), les antécédents familiaux, un faible niveau de revenus, un milieu

1 - Trucy F., « L'évolution des jeux de hasard et d'argent : le modèle français à l'épreuve », *rapport d'information parlementaire*, n° 58, novembre 2006.

2 - Pour avoir un ordre de grandeur, aux États-Unis, 6 % des utilisateurs d'Internet seraient des « drogués du Web », les chiffres s'élèvent jusqu'à 9 % selon certaines études. Le profil type du dépendant à Internet serait l'homme de 32 ans ayant fait des études supérieures, d'un bon niveau socioéconomique. Black D. W., Belsare G. et Schlosser S., « Clinical features, psychiatric comorbidity and high-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour », *Clin Psychiatry*, 60, 1999.

3 - Valleur M., *Sexe, passion et jeux vidéo. Les nouvelles formes d'addiction ?*, Paris, Flammarion, 2003.

social difficile sur le plan familial, scolaire, professionnel, ou judiciaire... Cette similarité des facteurs n'est guère étonnante, les mécanismes biologiques et sociologiques propres aux addictions de substances psychoactives se retrouvant dans les addictions comportementales.

Les mécanismes sociologiques qui sous-tendent ces comportements recourent en grande partie ceux des autres addictions. À la base réside un mal-être qui pousse à fuir la relation aux autres dans les jeux vidéo et le monde virtuel : cet oubli de soi serait un moyen d'échapper à la réalité et aux problèmes quotidiens. Avec l'essor des jeux en ligne, où les joueurs sont invités à rejoindre une communauté virtuelle ou « *gilde* » afin de jouer en réseau, peut se mettre en place une seconde vie virtuelle pour le joueur pathologique, une socialisation alternative, l'éloignant encore un peu plus du monde réel.

Bien que les voies et les conséquences soient différentes, l'alcoolique, le tabagique, le drogué, le joueur pathologique, ou le « cyber-addict » partagent la même quête hédonique, le même goût du risque et besoin de fuir l'ennui. Aux mêmes maux, les mêmes remèdes ? En quelques années, plusieurs centres de désintoxication aux jeux vidéo ont ouvert leurs portes à travers le monde. En 2005, une clinique chinoise pour la dépendance à Internet a été créée. La méthode de traitement qui y est employée consiste en des diagnostics à base d'entretiens et de questionnaires, des thérapies individuelles ou en groupe, des traitements médicamenteux, de l'acupuncture et des activités sportives. La mise en place d'une telle structure n'est pas surprenante : la Chine a des normes plus strictes que l'Europe en matière de déviance sociale et les jeux y sont considérés comme « *érodés de la moralité publique* ».

En Europe, c'est à Amsterdam que s'est ouvert en 2006 le premier service spécialisé dans les cas de cyberdépendance au sein d'une clinique d'addictologie. Ce centre propose un programme complet de quatre à sept semaines où se combinent activités spécifiques et activités communes à tous les dépendants de la clinique. Après trois années d'activité, deux constats apparaissent : la demande a été très forte mais, selon le directeur de la clinique, seules 10 % des personnes traitées étaient réellement victimes d'addiction, les autres souffrant davantage de problèmes de socialisation qu'un meilleur encadrement parental et scolaire aurait pu prévenir.

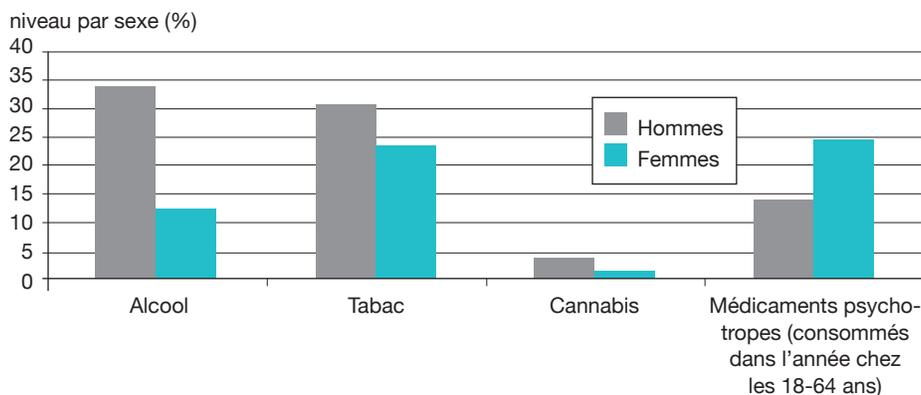
Il n'existe pas de définition quantitative de l'addiction aux jeux vidéo : selon les données, elle interviendrait à partir d'un seuil compris entre 26 et 60 heures hebdomadaires consacrées à ces jeux. En revanche, une définition qualitative est unanimement reconnue : il y a addiction lorsque la pratique des jeux vidéo devient abusive et irrésistible, et qu'elle entraîne une focalisation sur l'objet de dépendance et une perte des capacités de contrôle, malgré les nombreux retentissements négatifs sur la vie des joueurs. Les troubles observés sont essentiellement psychologiques (appauvrissement de la vie affective, relationnelle et intellectuelle) mais on peut aussi observer des troubles physiques, en fonction du degré d'isolement.

Hommes et femmes sont-ils égaux face aux comportements addictifs ?

La question de genre dans le champ des addictions bénéficie d'un intérêt croissant dans la littérature internationale. En France, peu d'études lui sont consacrées et l'on doit souvent fonder ses réflexions sur des enquêtes en population générale.

Le Baromètre santé 2005¹ fournit ainsi des données relatives aux différences genrées en matière de comportements addictifs en fonction des substances et de l'âge. Il apparaît que l'usage des principales substances psychoactives, qu'elles soient licites ou non (alcool, tabac, cannabis), est davantage le fait des hommes que des femmes, avec pour seule exception la consommation de médicaments psychotropes, majoritairement féminine, une forme d'addiction « acceptable et socialement régulée » (graphique n° 29).

Graphique n° 29 : Consommations régulières d'alcool, de tabac, de cannabis, selon le sexe, en 2005

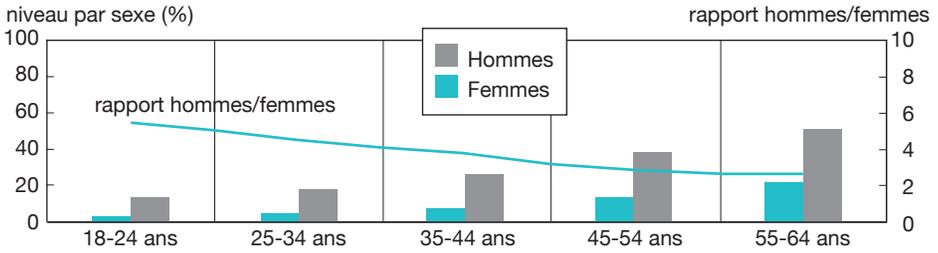


Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

Cependant, l'importance de cette différenciation genrée varie suivant l'âge, la situation professionnelle et le milieu social considérés, ce qui tend à démontrer l'impact des rôles sociaux dans les modes de consommation. De telles données pourraient permettre de développer des actions de prévention spécifiquement adaptées aux populations les plus concernées.

1 - Données récoltées par entretiens téléphoniques, enquête INPES avec exploitation par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

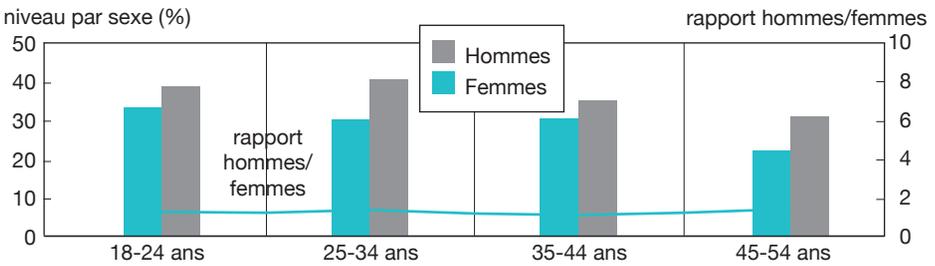
Graphique n° 30 : Consommation régulière d'alcool suivant l'âge et le sexe



Lecture : au cours des 12 derniers mois, 2,6 % des femmes et 13,9 % des hommes âgés de 18 à 24 ans étaient des consommateurs réguliers d'alcool (au moins 3 jours par semaine ou plus). Le rapport entre la proportion d'hommes et de femmes consommateurs réguliers d'alcool est de 5,4.

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

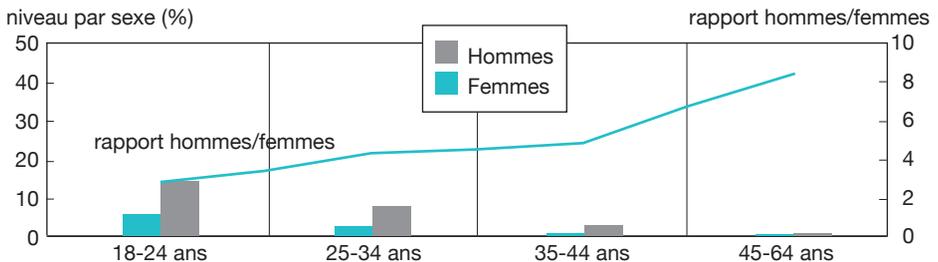
Graphique n° 31 : Consommation quotidienne de tabac selon l'âge et le sexe



Lecture : au cours des 12 derniers mois, 33,0 % des hommes et 38,3 % des femmes âgés de 18 à 24 ans étaient des fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour). Le rapport entre la proportion d'hommes et de femmes fumeurs réguliers est de 1,2.

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

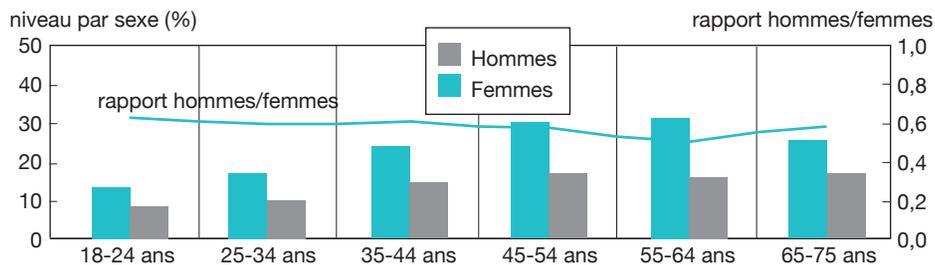
Graphique n° 32 : Consommation régulière de cannabis selon l'âge et le sexe



Lecture : au cours des 30 derniers jours, 4,8 % des femmes et 12,5 % des hommes âgés de 18 à 24 ans étaient des consommateurs réguliers de cannabis (à partir de 10 usages dans le mois). Le rapport entre la proportion d'hommes et de femmes consommateurs réguliers de cannabis est de 2,6.

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

Graphique n° 33 : Consommation régulière de médicaments psychotropes selon l'âge et le sexe



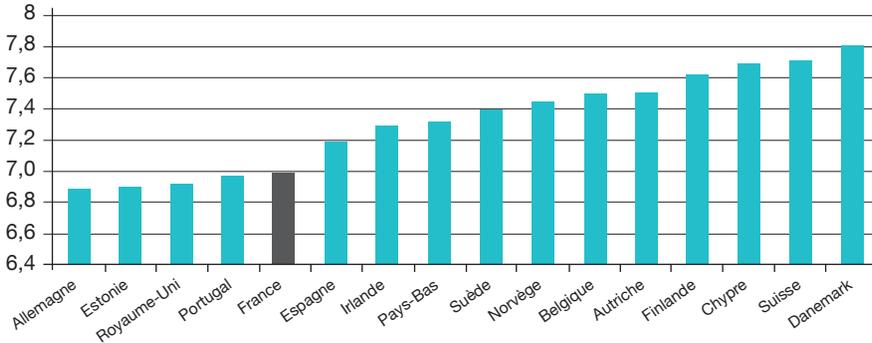
Lecture : au cours des 12 derniers mois, 13,7 % des femmes et 8,5 % des hommes âgés de 18 à 24 ans ont consommé des médicaments psychotropes. Le rapport entre la proportion d'hommes et de femmes consommateurs de ces produits est de 0,6.

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

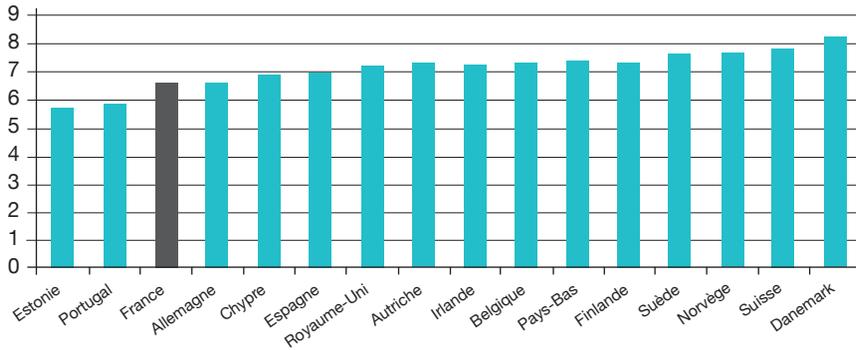
Annexe 2

Classement des pays en fonction des scores obtenus à l'European Social Survey

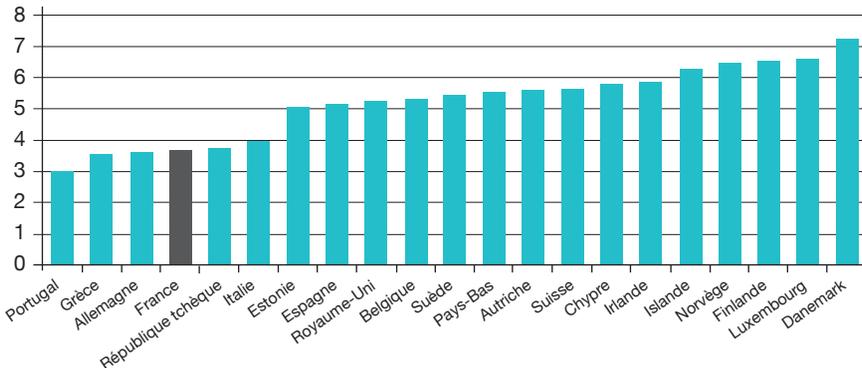
« Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait ou insatisfait de votre travail actuel ?
0 signifie que vous n'êtes pas satisfait, 10 signifie que vous êtes satisfait. »



« Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait ou insatisfait de votre niveau de vie actuel ? »



« Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait ou insatisfait de l'état actuel de l'économie française ? »



Source : European Social Survey 2006, population âgée de 18 à 65 ans

Annexe 3

Distinguer la satisfaction déclarée et le bien-être ressenti

Le jugement porté par les Français sur leur vie et leurs conditions de vie (satisfaction) est moins positif que leur déclaration sur leurs états émotionnels (bien-être psychologique et affects) à une échelle plus ponctuelle. Il faut distinguer nettement les enquêtes qui impliquent, de la part de la personne interrogée, une évaluation de sa vie au regard de valeurs qui lui sont propres, de celles qui mesurent le bien-être ressenti.

Des expérimentations originales de mesure du bien-être psychologique

Diverses expérimentations ont été conduites pour approcher au plus près le bien-être ressenti et non déclaré. Daniel Kahneman, lauréat du prix Nobel d'économie en 2002, a ainsi proposé la *Day Reconstruction Method* (DRM)¹. On demande aux sujets un rappel libre de leurs activités la veille de l'entretien. Ils sont ensuite interrogés sur la durée de ces activités, les interactions sociales développées durant celles-ci, la nature et l'intensité des affects ressentis. L'étude menée en 2007 par Alan Krueger et Daniel Kahneman, tous deux professeurs à Princeton, a ainsi consisté, grâce à la DRM, à comparer le temps dévolu par les habitantes de Rennes et celles de Columbus (Ohio) à leurs différentes activités quotidiennes et le plaisir ressenti à celles-ci.

De son côté, le psychologue américain d'origine hongroise Mihaly Csikszentmihalyi a développé l'*Experience Sampling Method* (ESM) dont le principe est de recueillir les témoignages sur le vif en équipant le sujet d'un appareillage électronique qui sonne plusieurs fois dans la journée, de manière aléatoire, pour lui signaler qu'il doit répondre instantanément à un auto-questionnaire. Ce dernier porte sur les activités auxquelles il est en train de se livrer, le lieu où il se trouve, les personnes avec qui il est et les émotions qu'il ressent.

Une voie plus radicale encore est celle privilégiée par la neuroéconomie. L'économiste intègre ici les données sur le « ressenti » mises en évidence par les neurosciences et les mesures de l'activité cérébrale – par électroencéphalogramme (EEG), imagerie par résonance magnétique (IRM) ou tomographie (TEP-scanner) –, voire des mesures de l'activité physiologique, dont l'évaluation du niveau de stress par la mesure hormonale du taux de

1 - Krueger A. B., Kahneman D., Schkade D., Schwarz N. et Stone A. A., « *National time accounting: The currency of life* », Princeton University, *Working Paper*, 2008. L'étude portait sur neuf cents salariées : on constate sans surprise qu'en France comme aux États-Unis, les activités préférées des femmes sont la sexualité et les contacts sociaux, les activités les moins appréciées étant le travail et les transports.

cortisol, le plus souvent étayées par des tests psychométriques. Dans cette perspective, il s'agit de saisir le plus directement possible l'expérience intime et élémentaire du bien-être, du plaisir ou du déplaisir (voir notamment les travaux du psychiatre et psychologue Richard Davidson, université de Wisconsin-Madison)¹.

L'expression de la satisfaction n'est pas également désirable selon les sociétés

Si on considère l'étude de Krueger et Kahneman, de manière prévisible, les Américaines présentent des scores de bien-être plus importants que les Françaises lorsqu'elles répondent aux questionnaires classiques de satisfaction déclarée : 26 % se déclarent « très satisfaites de leur vie » contre seulement 13 % des Françaises. En revanche, la DRM indique que les Françaises sont globalement de meilleure humeur au cours de la journée que les Américaines et qu'elles consacrent plus de temps à des activités qu'elles apprécient.

Les auteurs avancent l'hypothèse d'une hétérogénéité culturelle en matière d'expression de la satisfaction. Ils concluent que les Américaines répondent de manière emphatique lorsqu'elles évoquent leur bien-être. Peut-on en déduire que les Français s'expriment de manière moins positive sur leur satisfaction que ne le font les habitants d'autres pays ? Et qu'il n'est pas d'usage socialement en France de revendiquer trop haut son bonheur ? Il est intéressant de souligner que les enquêtes de satisfaction de vie présentent toujours des taux de non-réponse très importants en Amérique du Nord, où il est socialement plus désirable de s'affirmer heureux².

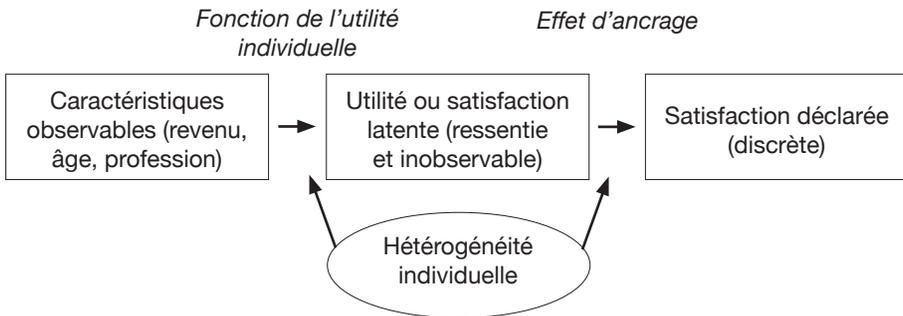
De manière plus anecdotique mais éclairante, l'étude SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale » révèle une certaine réticence française à exposer et exprimer son bonheur : 67 % des Français interrogés déclarent faire attention à ne pas provoquer des jalousies lorsqu'ils ont une bonne nouvelle. Retenue, pudeur, prudence ou humilité, toutes les explications restent recevables et conciliables.

Le lien entre le bien-être « déclaré » et « ressenti » est ainsi parfois contesté car des problèmes d'hétérogénéité subsistent : le passage d'une caractéristique observable (le revenu, par exemple) à une variable inobservable (le bien-être ressenti) puis à une variable qualitative (le bien-être exprimé) fait intervenir des paramètres difficilement contrôlables (graphique n° 34).

1 - Camerer C., Loewenstein G. et Prelec D., « Neuroeconomics: How neuroscience can inform economics », *Journal of Economic Literature*, vol. XLIII, mars 2005, p. 9-64, et Layard R., *Le Prix du bonheur*, Paris, Armand Colin, 2007.

2 - Pour poursuivre cette analyse, il pourrait être envisagé d'inclure dans les enquêtes du type *European Social Survey* des questions de désirabilité sociale, comme celles dites de « Crowne et Marlowe » qui ont pour but de mesurer le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs.

Graphique n° 34 : Problèmes d'hétérogénéité avec les variables subjectives



Source : Senik C., Clark A., Etilé F., Postel-Vinay F. et Van der Straeten K., « Heterogeneity and measures of well-being: Evidence from twelve European countries », *The Economic Journal*, 155, 2005, C118-C132

La constance du classement des pays en fonction des scores obtenus à l'*European Social Survey*, quel que soit le domaine de satisfaction questionné (travail, économie, système éducatif, santé) pourrait signaler un biais culturel significatif dans l'expression de la satisfaction ou plutôt de l'insatisfaction française¹.

Tableau n° 6 : Données relatives au bien-être subjectif et à la satisfaction de vie du World Values Survey pour la France en fonction des années

Années	Indice de bien-être subjectif	Indice de satisfaction de la vie	Pourcentage de personnes répondant « très heureux(se) »
1981	1,89	6,66	19 %
1990	2,21	6,78	25 %
1999	2,48	6,93	31 %
2006	2,54	6,91	36 %

Source : World Values Survey

1 - Le fait de disposer de données de panel longitudinales qui interrogent les mêmes individus année après année permet de pallier les problèmes d'interprétation dus aux variabilités intra-individuelles (la « personnalité » des enquêtés). On peut alors en déduire quels facteurs sont corrélés avec le fait qu'un même individu se déclare plus ou moins heureux d'une année sur l'autre. En revanche, lorsqu'il s'agit d'interpréter des variabilités interindividuelles et *a fortiori* de faire des comparaisons internationales, surtout en coupes transversales, l'interprétation est plus difficile. On observe des moyennes sur une population aux groupes sociodémographiques très divers.

Les données du *World Values Survey* (WVS)¹ indiquent toutefois une tendance d'accroissement progressif du bonheur et de la satisfaction déclarés par les Français depuis 1981, comme pour 45 des 52 pays étudiés. En matière d'expression obligatoire des sentiments, rien n'est figé.

1 - Le *World Values Survey* est un projet international coordonné par l'Institut de recherches sociales de l'université du Michigan, sous la direction de Ronald Inglehart. Mené depuis 1981, il collecte des données sur la religion, les valeurs, les préférences politiques et les attitudes.

Annexe 4

L'influence des valeurs sur le bien-être psychologique

Des enquêtes visent à déterminer l'importance des grands domaines de la vie (travail, santé, famille, vie sociale, religion, etc.), la valeur qu'on leur accorde et leur poids dans le bien-être en général.

Deux méthodologies sont possibles. Ou bien l'enquête compare une variable de satisfaction générale et les variables de satisfaction thématiques, ou bien elle interroge directement les personnes sur la part relative qu'elles attribuent aux différents domaines dans leur bien-être. Quelle que soit la méthode employée, on constate une grande similitude entre les pays.

Si on considère le palmarès des valeurs, la famille arrive partout en tête, suivie par le travail. Toutefois, l'importance accordée à ce dernier semble diminuer dans certains pays comme la Grande-Bretagne, ou à l'inverse augmenter, comme en Allemagne. Au contraire, la religion et la politique sont systématiquement en dernière position¹. En ce qui concerne la France, les réponses restent très stables : le classement des valeurs demeure inchangé depuis 1981, avec en tête la famille, puis le travail, et les relations amicales (graphique n° 35).

De la même manière, dans l'enquête SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale », les Français, invités à indiquer parmi une liste de situations (évoquant le bien-être autant dans la vie professionnelle, sociale, conjugale, familiale que dans les loisirs) lesquelles contribuent au bien-être psychique ou psychologique d'une personne, jugent massivement que presque toutes sont importantes (plus de 80 % de « oui ») (tableau n° 7).

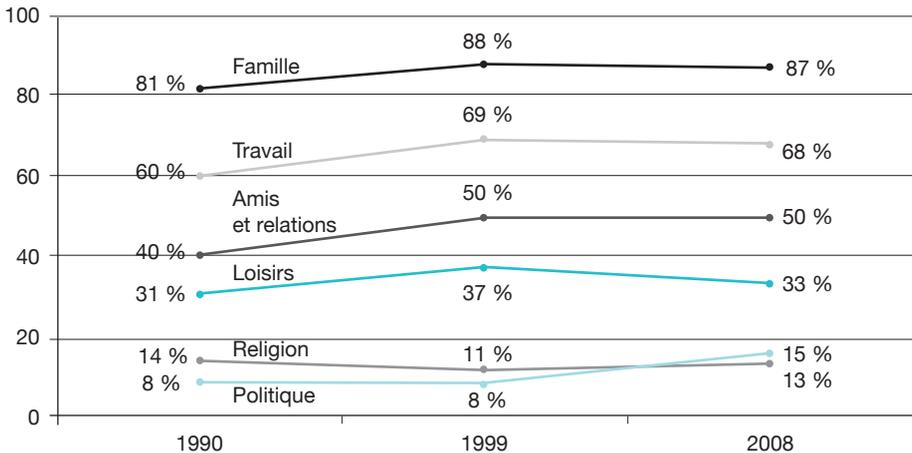
Les raisons du bien-être sont multiples et il faut pouvoir considérer les différents aspects de la vie. En peloton de tête figurent toutefois les épanouissements professionnel, familial et conjugal (« apprécier son travail au quotidien » : 99 % ; « pouvoir compter sur le soutien de sa famille » : 98 % ; « être épanoui dans son couple » : 98 %). Deux situations sont plus en retrait mais cependant majoritaires : la participation à des activités associatives (77 %) et le fait de pratiquer des activités artistiques (64 %). Seul le fait d'avoir des croyances religieuses n'est considéré que par une

1 - Une revue de littérature réalisée par Paul Dolan et Mathew White en 2006 pour le Département pour l'environnement, la nourriture et les affaires rurales britannique (DEFRA) identifiait les grands domaines déterminants de la satisfaction : le revenu, la richesse, l'éducation, la santé, le travail, les relations interpersonnelles et la situation macroéconomique du pays (économique, sociale et politique). On remarque une forte corrélation de ces résultats avec ceux obtenus dans l'enquête *European Values Survey* qui cherche à mesurer tous les neuf ans (1981, 1990, 1999 et 2008) les valeurs les plus caractéristiques des sociétés européennes.

minorité (38 %) comme contribuant au bien-être, avec toutefois une forte différence entre les personnes âgées de plus de 60 ans (60 %) et les autres (30 %).

Cette concordance entre les « enquêtes satisfactions » et les « enquêtes valeurs » tend à démontrer à quel point le bien-être déclaré reflète l'expérience objective des individus mais également l'évaluation qu'ils en font au regard des valeurs socialement les plus prégnantes.

Graphique n° 35 : Palmarès des valeurs des Français depuis 1990



Lecture : on demande aux enquêtés si le travail, la famille, les amis et relations, les loisirs, la politique, la religion, constituent dans leur vie quelque chose de très important, assez important, peu important ou pas important du tout. Les pourcentages des réponses « très important » sont présentés ici pour les différents domaines et les différentes années de l'EVS.

Source : *European Values Survey*

Tableau n° 7 : Les déterminants du bien-être selon les Français

Question : Je vais nommer un certain nombre de situations.

Pour chacune de ces situations, dites-moi si selon vous elle contribue au bien-être psychique ou psychologique d'une personne ?

	Oui %	Non %	NSPP %	TOTAL
• Apprécier son travail au quotidien	99	1	-	100
• Pouvoir compter sur le soutien de sa famille	98	2	-	100
• Être épanoui(e) dans son couple	98	2	-	100
• Être en bonne santé physique	97	3	-	100
• Être tolérant et respecter les autres	97	3	-	100
• Pouvoir compter sur le soutien de ses amis	96	4	-	100
• Être capable de faire face aux défis de la vie	96	4	-	100
• Avoir une bonne estime de soi	95	5	-	100
• Se sentir maître de sa vie	94	5	1	100
• Se sentir bien intégré à la société française	92	8	-	100
• Avoir eu une enfance heureuse	90	10	-	100
• Avoir une bonne alimentation	90	10	-	100
• Jouir de sécurité financière	89	11	-	100
• Adhérer à des valeurs	89	10	1	100
• Faire du sport	88	12	-	100
• Nouer des contacts facilement	86	14	-	100
• Avoir de bonnes perspectives d'évolution professionnelle	86	14	-	100
• Vivre dans une société relativement égalitaire	85	14	1	100
• Avoir en général confiance dans les autres	84	15	1	100
• Avoir un bon voisinage	83	17	-	100
• Participer à des activités associatives	77	23	-	100
• Avoir des activités artistiques	64	35	1	100
• Avoir des croyances religieuses	38	61	1	100

Source : Enquête SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale » réalisée par téléphone auprès de 1 017 personnes représentatives de la population âgée de 15 ans et plus, les 10 et 12 octobre 2009

Annexe 5

Les attitudes générales des Français face à certaines situations

Ensemble %	
Ce que mon avenir renferme dépend surtout de moi-même	
• Tout à fait d'accord	32
• D'accord	48
Sous-total D'accord	80
• Pas d'accord	13
• Pas du tout d'accord	1
Sous-total Pas d'accord	14
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	6
	100

Ensemble %	
Je peux réaliser à peu près tout ce que je décide de faire	
• Tout à fait d'accord	8
• D'accord	37
Sous-total D'accord	45
• Pas d'accord	38
• Pas du tout d'accord	9
Sous-total Pas d'accord	47
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	8
	100

Ensemble %	
J'ai parfois l'impression d'être le jouet des événements	
• Tout à fait d'accord	10
• D'accord	27
Sous-total D'accord	37
• Pas d'accord	40
• Pas du tout d'accord	13
Sous-total Pas d'accord	53
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	10
	100

Ensemble %	
Je ne peux pas faire grand-chose pour changer les choses importantes dans ma vie	
• Tout à fait d'accord	8
• D'accord	21
Sous-total D'accord	29
• Pas d'accord	45
• Pas du tout d'accord	18
Sous-total Pas d'accord	63
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	8
	100

Ensemble %	
Je ne peux vraiment rien faire pour résoudre certains de mes problèmes	
• Tout à fait d'accord	6
• D'accord	21
Sous-total D'accord	27
• Pas d'accord	46
• Pas du tout d'accord	18
Sous-total Pas d'accord	64
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	9
	100

Ensemble %	
J'ai peu de contrôle sur ce qui m'arrive	
• Tout à fait d'accord	5
• D'accord	19
Sous-total D'accord	24
• Pas d'accord	48
• Pas du tout d'accord	16
Sous-total Pas d'accord	64
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	12
	100

Ensemble %	
Je me sens souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie	
• Tout à fait d'accord	11
• D'accord	25
Sous-total D'accord	36
• Pas d'accord	42
• Pas du tout d'accord	13
Sous-total Pas d'accord	55
• Vous n'avez pas d'opinion tranchée	9
	100

Source : Enquête SIG/IPSOS « Les Français et la santé mentale » réalisée par téléphone auprès de 1 017 personnes représentatives de la population âgée de 15 ans et plus, les 10 et 12 octobre 2009

Annexe 6

Quand les liens forts font défaut

Les tendances sociologiques amorcées depuis les années 1970 vont dans le sens d'un accroissement des liens faibles au détriment des liens forts :

- augmentation du nombre de personnes vivant seules ;
- progression des divorces et de la recomposition familiale ;
- renforcement de la monoparentalité ;
- vieillissement de la population et donc accroissement des liens d'interdépendance entre les personnes âgées et les membres de leur famille ;
- développement du mode de vie *living apart together* (*vivre ensemble séparément*) dû à l'accroissement des mobilités professionnelles et à l'évolution des préférences individuelles.

Le risque d'une augmentation des sentiments de solitude pourrait être néfaste pour la santé mentale des individus.

Vivre seul, une tendance de long terme

« Vivre seul » est une tendance qui s'est amorcée dans les années 1960. La vie en couple cède du terrain et de plus en plus de personnes vivent seules – excepté toutefois aux âges élevés, où les gains d'espérance de vie ont pour effet de retarder le veuvage. Aujourd'hui, 40 % des ménages sont composés de personnes qui ne sont pas en couple, avec ou sans enfants. Les monohabitants sont en majeure partie des femmes, les hommes sont deux fois moins nombreux dans ce cas, ce qui s'explique essentiellement par le veuvage et le divorce.

Tableau n° 8 : Évolution de la part des personnes vivant seules en France
(en pourcentage)

	1962	1968	1975	1982	1990	1999	2005
Personnes vivant seules¹	6,3	6,6	7,7	9,1	10,6	12,9	14,2
Ménages de personnes vivant seules	16,6	20,4	22,2	24,5	27,2	31,0	32,9
Ménages de familles monoparentales	-	2,9	3,0	3,6 ²	6,6	7,4	7,6

Champ : Individus et ménages ordinaires.

(1) Individus de France métropolitaine vivant en ménages ordinaires.

(2) Depuis 1982, les enfants de plus de 25 ans sont pris en compte dans l'établissement d'une famille monoparentale.

Source : Pan Ke Shon J.-L. et Duthé G., Trente ans de solitude... et de dépression, *op. cit.*, d'après les Recensements de la population, enquête annuelle de recensement 2005, INSEE

On distingue, selon Jean-Louis Pan Ke Shon¹, trois grandes catégories de monohabitants, en fonction de l'âge : les jeunes célibataires, les divorcés et séparés adultes (dont les monoparents) et enfin les veufs âgés.

La catégorie des célibataires est depuis les années 1960 la plus représentée parmi les personnes vivant seules. Les divorcés représentent la plus forte contribution à l'augmentation du nombre de personnes seules depuis les années 1980. Leur nombre a été multiplié par 2,3 entre 1982 et 1999. La proportion des familles monoparentales est également en forte progression, ayant plus que doublé entre 1962 et 2005 : elles constituent à cette date près de 8 % des ménages français. Le nombre de veufs et veuves est stable. Les femmes sont plus représentées dans cette dernière catégorie du fait de leur plus grande longévité.

Isolement et sentiment de solitude

Il est important de distinguer l'isolement relationnel effectif et le sentiment de solitude. Il n'existe pas de lien mécanique entre les deux, même si le sentiment de solitude accompagne souvent l'isolement relationnel :

- l'isolement relationnel : l'individu a eu moins de quatre interlocuteurs en une semaine (en dehors du ménage), et se rapproche de la notion de « pauvreté relationnelle » ;
- le fait de vivre seul correspond simplement au fait d'habiter seul dans son logement ;
- le sentiment de solitude tient avant tout au sentiment d'abandon, il est relatif à la qualité des relations développées.

Un ensemble de caractéristiques éloigne de l'isolement : être de nationalité française, faire des études, être jeune, diplômé, avoir des revenus aisés, être une femme. Inversement, les prédispositions à l'isolement relationnel sont être âgé, handicapé, peu diplômé, chômeur, avoir des revenus modestes, qui sont finalement les caractéristiques désignant les personnes défavorisées. C'est donc moins le capital culturel qui protège de l'isolement relationnel que le fait d'être jeune, célibataire, de participer à la vie étudiante ou d'être exempt de handicap moteur.

Le sentiment de solitude est plus dommageable sur la santé mentale que l'isolement effectif. Ce sentiment ne se distribue pas aléatoirement dans la population. Il se rencontre plus souvent chez les personnes vivant sans conjoint, chez les chômeurs, les personnes logeant dans les quartiers sensibles ou dont la mobilité est réduite par une incapacité.

Le sentiment de solitude d'un individu est intimement lié à l'image plus ou moins positive ou négative qu'il accorde à sa situation : les chômeurs et les retraités ont un taux d'isolement relationnel identique mais le sentiment

1 - Pan Ke Shon J.-L., *Être seul*, Données sociales. 2002-2003.

de solitude est supérieur chez les chômeurs car leur déficit relationnel est stigmatisant, mal accepté, leur inactivité n'entre pas dans la « norme » d'une société active et valorisant la réussite professionnelle. Cela se traduit par une aggravation du sentiment de solitude.

Si l'isolement relationnel progresse avec l'âge, à l'inverse le sentiment de solitude diminue. Les personnes âgées acceptent mieux que les jeunes l'isolement car il est acquis pour elles depuis longtemps que la retraite correspond à une baisse de la sociabilité. Les jeunes, à l'inverse, ont un besoin relationnel particulièrement important.

Le conjoint, la meilleure des protections ?

Les personnes qui vivent sans conjoint sont plus naturellement enclines à rechercher des contacts à l'extérieur. Elles sont donc souvent moins « isolées relationnellement » que la moyenne. Pour autant, elles ne vivent pas plus longtemps et ne sont pas moins perméables aux formes de mal-être (suicide, dépression, dépendance alcoolique et aux psychotropes, etc.).

Les personnes seules pâtiraient surtout d'un manque d'« intégration conjugale », cette relation singulière que la vie commune tisse entre les conjoints. D'autres liens peuvent parfois venir s'y substituer, au moins partiellement, et constituer des supports sociaux¹, comme les relations avec les parents, les amis ou les collègues. Mais aussi fortes soient-elles, celles-ci n'ont pas les mêmes qualités : la présence continue du conjoint qui permet de le solliciter à tout moment, sans démarche symboliquement coûteuse, le sentiment quotidien de compter à ses yeux (toute absence est immédiatement remarquée), une intimité favorable à l'expression des sentiments et favorisée par les échanges sexuels. En ce sens, le manque d'intégration conjugale pénalise bien les personnes seules par déficit de « support social ».

La qualité intégrative repose sur l'appui social (*social support*) mais aussi sur l'absence de contraintes trop lourdes². Ainsi, quelle que soit l'intensité des liens affectifs, la présence d'un enfant ne protège pas du mal-être et n'induit pas une meilleure satisfaction. La responsabilité qui incombe au parent exerce nécessairement une contrainte au quotidien. C'est la qualité des interactions avec les membres du groupe familial plus que leur densité et leur nombre qui importe. Les qualités préservatives de la famille proviennent plus des interactions de soutien que de contraintes.

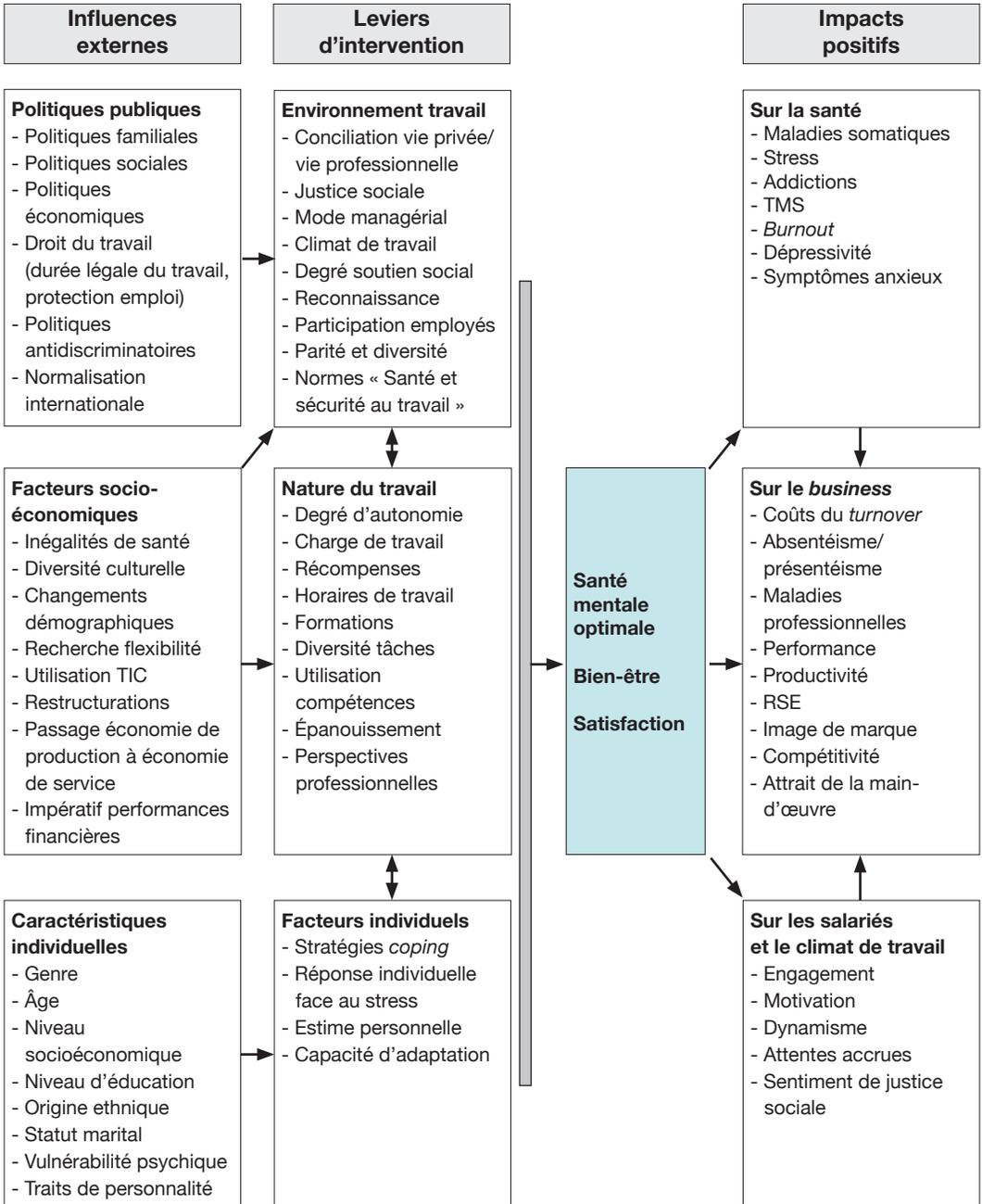
1 - Ce concept se définit comme le sentiment d'être aimé des autres et de compter à leurs yeux, d'être estimé et intégré dans un réseau de communication et d'obligations mutuelles. Cf. Cobb S., « Social support as a moderator of life stress », *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, 1976, p. 300-314.

2 - Mirowsky J. et Ross C. E., « Socially-desirable response and acquiescence in a cross-cultural survey of mental health », *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 1984, p. 189-197. Umberson D., Chen M. D., House J. S., Hopkins K. et Slaten E., « The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? », *American Sociological Review*, 61, 1996, p. 837-857.

En conclusion, quelles que soient les formes à venir du « vivre ensemble », la présence d'un conjoint est un atout irremplaçable pour le bien-être. L'augmentation de la monoparentalité et des adultes en situation d'aide à leur(s) parent(s) dépendants familiaux apparaît donc comme un enjeu majeur pour l'avenir. Or les dernières tendances sociodémographiques risquent d'augmenter la probabilité d'une inscription des individus dans un réseau de relations de contraintes plus que de soutien, et dans des liens faibles qui protègent peu du sentiment de solitude.

Annexe 7

Vers une politique de santé mentale au travail



Source : Sarah Sauneron, d'après le National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009

Annexe 8

La dépression « au grand âge »

La dépression de la personne âgée est un véritable enjeu de santé publique, accru par l'augmentation de l'espérance de vie. La prévalence serait de 12 % à 15 % chez les plus de 85 ans en population générale et de 25 % à 40 % chez les personnes âgées hospitalisées et institutionnalisées. Cette dépression est souvent sous-diagnostiquée, sous-estimée et sous-traitée, les patients et leurs proches pouvant ne pas être conscients de la présence d'une dépression car les symptômes sont souvent interprétés comme des stigmates normaux de l'avancée en âge (fatigue, tristesse, perte de mémoire, etc.). Certes, les études épidémiologiques montrent majoritairement une diminution de la dépression avec l'âge. Cependant, ces taux relativement bas (en tristesse déclarée) peuvent s'expliquer par la difficulté des personnes âgées à admettre leur tristesse, ou encore par leur plus grande capacité à la relativiser. De plus, la détermination de la prévalence des troubles dépressifs est rendue difficile par la nécessité de différencier troubles et symptômes dépressifs.

Les études épidémiologiques de la dépression ont pu déterminer les principaux facteurs de risque. L'âge ne constitue pas en soi un facteur de fragilité. Cependant, des facteurs liés au vieillissement ont été avancés : ils sont psychosociaux (isolement social, réduction du réseau social, solitude, manque de relations privilégiées, manque d'estime de soi), ou bien psychologiques et biographiques (poids des événements de vie, perte des proches, perte d'autonomie, conséquences de la retraite, changement de domicile, pauvreté, problèmes financiers) ou encore biologiques (maladies somatiques, diminution des neurotransmetteurs au niveau du cerveau).

Les conséquences de la dépression de la personne âgée sont lourdes : repli sur soi, perte de la pratique des actes de la vie quotidienne, dépendance ajoutée, souffrance non exprimée qui peut déboucher sur des suicides, ce dont témoigne la grande fréquence du suicide des hommes âgés. En France, le taux de suicide chez les hommes de 84 ans et plus est dix fois plus élevé que chez les 15-24 ans, indique une étude publiée par la DREES en 2006. Les statisticiens précisent que « chez les femmes, l'augmentation est plus modérée avec une stabilisation entre 35 et 84 ans, puis une légère hausse chez les plus âgées (21 pour 100 000 femmes de 85 ans ou plus) ». Il faut en outre noter que, pour les âges élevés, le décès des personnes consécutif à un « syndrome de glissement » n'est pas comptabilisé comme suicide.

Ce phénomène, qui risque de prendre de l'ampleur avec le vieillissement de notre population, reste pourtant très méconnu du grand public, voire tabou. « Si l'on parle davantage du suicide des adolescents, pour lesquels il s'agit effectivement d'une des principales causes de décès à un âge où

l'on meurt peu de maladie, les personnes âgées sont donc, en proportion, nettement plus concernées par le suicide », souligne la DREES. Cependant, il faut noter que la dépression n'est pas la seule cause de suicide chez la personne âgée, d'autres facteurs pouvant intervenir, comme le refus de la perte d'autonomie, du handicap et le refus d'en faire porter les conséquences sur sa famille ou encore des situations d'extrême pauvreté.

Annexe 9

Lettre de saisine



PREMIER MINISTRE

SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE LA PROSPECTIVE
ET DU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉCONOMIE NUMÉRIQUE

La Secrétaire d'État

Paris, le 23 MARS 2012

ARRIVÉE

Le Directeur général

Le 15/3/12 n° 113...

Monsieur le Directeur Général,

Les pathologies mentales de la modernité (stress, dépression, addictions diverses) prennent une place considérable dans notre société. Ainsi, par exemple, en matière de consommation de médicaments psychotropes, la France a longtemps occupé le premier rang en Europe, sans doute dépassée depuis 2000 par la Belgique, l'Espagne et le Royaume-Uni. En 2003, un Français sur 10 présentait un état dépressif majeur. En 2005, 15% des 12-75 ans en France avaient consommé des psychotropes au moins une fois dans leur vie, et 9% au moins une fois dans l'année. La crise va-t-elle augmenter la proportion de personnes touchées par des troubles psychiques ? Va-t-elle transformer les caractéristiques des populations touchées ou celles de leurs troubles ?

Une étude sur ce thème doit permettre de dresser un état des lieux précis et proposer des recommandations pour développer une meilleure prévention de ces pathologies, en privilégiant les comparaisons internationales et en s'appuyant notamment sur les expériences étrangères.

Au-delà des différences entre hommes et femmes dans la forme que prennent ces troubles (les hommes souffrant plus souvent d'addiction et présentant un taux de suicide plus élevé, les femmes souffrant plus souvent de dépression et consommant plus de psychotropes), les études existantes ont mis en évidence trois types de populations particulièrement touchées : les adolescents, les adultes actifs avec des pathologies liées au travail, les personnes désocialisées (chômeurs, détenus, sans abri et personnes âgées).

.../...

Monsieur René SÈVE
Directeur Général du
Centre d'analyse Stratégique
18, rue de Martignac
75007 Paris

Hôtel de Broglie - 35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - Tél. : 01 42 75 80 00

-2-

Sans négliger cette diversité, votre étude mettra en évidence les déterminants du bien-être dans les sociétés modernes, et examinera les conséquences sur les individus les plus fragiles de ce que certains auteurs considèrent comme des injonctions paradoxales au bien-être et à l'autonomie personnelle.

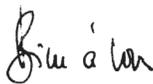
Votre étude prendra en compte systématiquement quatre dimensions transversales du phénomène :

- les expériences des personnes touchées par ces troubles ;
- les réponses des professionnels de la santé mentale ;
- les répercussions de ces troubles sur l'entourage familial ;
- le rôle des groupes de pairs dans la prévention, la prise en charge et l'amélioration des conditions de vie des malades.

Le travail occupe une position paradoxale vis-à-vis de la santé mentale. Une partie non négligeable des pathologies mentales est liée aux conditions de travail, alors même que l'accès au travail, avec la double dimension de revenus et de socialisation, apparaît comme un rempart contre ces pathologies. Vous examinerez donc avec une attention toute particulière sous quelles conditions le travail peut représenter ou non une solution pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Vous conduirez ces analyses en mettant en place un groupe de travail de haut niveau présidé par une personnalité qualifiée et associant des chercheurs de disciplines diverses (psychiatres, psychologues, sociologues, anthropologues, économistes) ainsi que des représentants des professionnels de la santé mentale, des associations de patients et de leurs familles.

Vos travaux devront conduire à un premier document d'orientation d'ici la fin du premier semestre 2009. J'attends vos conclusions et recommandations pour la fin du mois de septembre prochain.



Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET

Annexe 10

Composition du groupe de travail « Santé mentale et déterminants du bien-être »

Pour un éclairage multidimensionnel du phénomène de la santé mentale, le groupe restreint d'experts constitué par le Centre d'analyse stratégique (CAS) a réuni des psychiatres, une psychologue, des économistes, un sociodémographe, un directeur du Travail ainsi qu'une représentante des associations de patients et de leurs familles. Ce groupe a été accompagné dans ses travaux par les rapporteurs du département Questions sociales du CAS et une conseillère scientifique.

Présidence du groupe

Viviane Kovess-Masféty, psychiatre, épidémiologiste, directrice du département d'épidémiologie de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), directrice EA 4069 université Paris-Descartes, professeur associée de l'université McGill, Montréal (Canada).

Membres

Sylvie Berthoz, psychologue et neuroscientifique, « Paris Sud Innovation Group in Adolescent Mental Health » (INSERM U669, PSIGIAM, Maison des Adolescents) et service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut mutualiste Montsouris.

Isabelle Ferrand, psychiatre, chef du service de psychiatrie addictologie à l'Hôpital Cochin.

Jean-Louis Pan Ke Shon, statisticien, sociodémographe, chargé de recherche à l'INED et statisticien à l'INSEE.

Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie à l'Hôpital européen Georges Pompidou, professeur de gériatrie au CHU Broussais, université Paris-Descartes.

Claudia Senik, économiste, professeur à l'université Paris-IV Sorbonne et à l'École d'économie de Paris.

Hélène Sultan-Taïeb, économiste de la santé, maître de conférences à l'université de Bourgogne-Dijon, Laboratoire d'économie et de gestion (UMR CNRS 5118).

Claude-Emmanuel Triomphe, directeur du Travail, ancien inspecteur du Travail, cofondateur d'ASTREES (Association Travail, Emploi, Europe, Société).

Stéphanie Wooley, présidente de l'Association France-Dépression, cofondatrice et vice-présidente de EDA (European Depression Association).

Conseillère scientifique

Florence Weber, sociologue et anthropologue, professeur des Universités, directrice des études au département de sciences sociales de l'École normale supérieure (Paris), chercheur au Centre Maurice Halbwachs.

Rapporteurs

Marine Boisson, chef du département Questions sociales, **Clélia Godot** et **Sarah Sauneron**, chargées de mission, Centre d'analyse stratégique.

Annexe 11

Personnes auditionnées

Rachid Bennegadi, psychiatre anthropologue, directeur du Pôle Enseignement Études et Recherche au Centre Françoise Minkowska, secrétaire général de la section de psychiatrie transculturelle de l'Association mondiale de psychiatrie (WPA-TPS), co-responsable du DU « Santé, maladie, soins et cultures » de l'université de Paris-V.

Antoine Bevort, professeur de sociologie des relations professionnelles au CNAM, membre du Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE) CNAM-CNRS.

Catherine Billard, neuropédiatre, responsable du Centre référent des troubles du langage, unité de rééducation neuropédiatrique, CHU Bicêtre.

Marie Choquet, psychologue, épidémiologiste, directrice de recherche INSERM U669, Hôpital Cochin, Maison des Adolescents, Paris.

Martine Dutoit, cofondatrice et directrice de l'Association Advocacy France, ancienne assistante sociale en psychiatrie au CHS Sainte-Anne, Paris.

Anne Lovell, anthropologue, directrice de recherche à l'INSERM, CESAMES, Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société INSERM U611 – CNRS UMR 8136 –, université de Paris-Descartes.

Julien Pelletier, docteur en sociologie du travail, responsable Veille, Prospective et International de l'ANACT.

Olivier Phan, psychiatre, responsable médical du centre Émergence de l'Institut mutualiste Montsouris à Paris (IMM).

Bibliographie

- AARP - Cabinet Towers Perrin, « Étude sur les enjeux liés au vieillissement de la population active », 2007.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *Problèmes psychosociaux et stress au travail*, rapport, 2002.
- Algan Y. et Cahuc P., *La Société de défiance : comment le modèle social français s'autodétruit*, CEPREMAP, Éditions de la Rue d'Ulm, 2007.
- Amar E. et Balsan D., « Les ventes d'antidépresseurs », *Document de travail*, n° 36, DREES, octobre 2003.
- Amossé T., « Mythes et réalités de la syndicalisation en France », *Premières Synthèses*, n° 44.2, DARES, 2004.
- Arendt A., Blaise M., Ceccato C. et Leiner E., « Étude de l'impact de la colère sur la santé des étudiants », séminaire expérimental 2006/2007, université du Luxembourg.
- Askenazy P., *Les Désordres du travail*, Paris, Seuil, coll. La République des Idées, 2004.
- Banfield E., *The Moral Basis of a Backward Society*, The Free Press [1958], 1967.
- Beck F., Guilbert P. et Gautier A., *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 2005.
- Beck F., Guillemont J. et Legleye S., « L'alcoolisation des jeunes : l'apport de l'approche épidémiologique », *ADSP*, n° 67, juin 2009.
- Bègue F. et Dejours C., *Suicide et travail : que faire ?*, PUF, Paris, 2009.
- Béjean S. et Sultan-Taïeb H., « Modelling the social cost of diseases imputable to stress at work », *European Journal of Health Economics*, 50 (1), 2005, p. 16-23.
- Besson D., « Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003 », *INSEE Première*, n° 1110, décembre 2006.
- Black D. W., Belsare G. et Schlosser S., « Clinical features, psychiatric comorbidity and high-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour », *Clin Psychiatric*, 60, 1999.
- Brabant-Delannoy L., « Face à la conflictualité et à la violence, quelle efficacité de la médiation ? », *La Note de veille*, n° 147, Centre d'analyse stratégique, juillet 2009.
- Bras P.-L., *Réformer la tarification pour inciter à la prévention*, IGAS, 2007.
- Bréchon P. et Tchernia J.-F., *La France à travers ses valeurs*, Paris, Armand Colin, 2009.
- Briffault X., Morvan Y., Guilbert P. et Beck F., « Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35-36, InVS, 23 septembre 2008.
- Briot M., *Le bon usage des médicaments psychotropes*, rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, juin 2006.
- Brugeilles C. et Sebillé P., « La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants. L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations », *Politiques sociales et familiales*, n° 95, 2009.
- Camerer C., Loewenstein G. et Prelec D., « Neuroeconomics: How neuroscience can inform economics », *Journal of Economics Literature*, vol. XLIII, mars 2005, p. 9-64.
- Carlier A. et Naboulet A., « Négociations collectives et grèves dans les entreprises du secteur marchand en 2007 », *Premières Synthèses*, n° 18.2, DARES, 2009.

Castel P.-H., « Les 'hystéries' américaines : une pathologie de masse de l'imaginaire individualiste ? », séminaire « Régulation, normes et savoirs dans les champs de la santé et de la santé mentale », Paris, CESAMES, 4 novembre 2009.

Centre d'analyse stratégique, *Sortie de crise : Vers l'émergence de nouveaux modèles de croissance ?*, rapport du groupe de travail présidé par Daniel Cohen, Paris, La Documentation française, décembre 2009.

Centre d'analyse stratégique, *La Mesure du déclassement*, rapport coordonné par Marine Boisson, Paris, La Documentation française, octobre 2009.

Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane Le Bouler, Paris, La Documentation française, 2006.

CEREQ, « Recrutement en entreprises : les débutants sont-ils victimes d'un tri trop sélectif ? », *Bref*, n° 250, mars 2008.

Chan Chee C., Beck F., Sapinho D. et Guilbert P. (dir.), « La dépression en France », enquête Anadep 2005, INPES, 2009, 208 p.

Chardon O. et Estrade M.-A., *Les Métiers en 2015*, rapport du groupe « Prospective des Métiers et des Qualifications », coll. « Qualifications et prospective », Centre d'analyse stratégique-DARES, Paris, La Documentation française, janvier 2007.

Chauvel L., *Les Classes moyennes à la dérive*, Paris, Seuil, 2006.

Chiapello E. et Boltanski L., *Le Nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.

Clark A. E., « Work, jobs and well-being across the Millennium », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 83, janvier 2009.

Clark A. E. et Oswald A. J., « Satisfaction and comparison income », *CEPREMAP Working Papers 9408*, CEPREMAP, 1994.

Cléry-Melin P., Kovess V. et Pascal J.-C., *Plans d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

Cloutier F., « La notion de santé mentale : explication et critique », in Chanoit P.-F. et Verbizier (de) J. (dir.), *La Psychiatrie à l'heure de la santé mentale. Un objectif de santé publique*, Paris, Erès, coll. Psychiatrie et société, 1994.

Cobb S., « Social support as a moderator of life stress », *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, 1976, p. 300-314.

Cohen S., Alper C. M., Doyle W. J., Treanor J. J. et Turner R. B., « Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus », *Psychosomatic Medicine*, 68, 2006, p. 809-815.

Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail*, DARES et DREES, rapport intermédiaire remis au ministre en charge du Travail, 9 octobre 2009.

Commission européenne, *La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe*, HIREs-DG Emploi, 2009.

Commission européenne, « Améliorer la santé mentale de la population: Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne », *Livre Vert sur la santé mentale*, 2005.

Commission européenne, « Communication sur les Objectifs stratégiques 2005-2009 – Europe 2010 : un partenariat pour le renouveau européen – Prospérité, solidarité et sécurité », *COM(2005)12*, 26 janvier 2005.

- Coste J.-M. (dir.), *Drogues, chiffres clés*, OFDT, décembre 2007.
- Cote S., « Échantillon représentatif des naissances au Québec 1997-1998 », groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP), université de Montréal
- Cousteaux A.-S. et Pan Ke Son J.-L., « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, version septembre 2007, n° 49-1, janvier-mars 2008.
- Couty E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport remis à la ministre de la Santé et des Sports le 29 janvier 2009, Paris, La Documentation française, 86 p.
- CSA, « Être riche aux yeux des Français », juin 2006.
- Dab W., *Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail*, rapport remis à Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, mai 2008.
- DARES, « Emploi et chômage des 50-64 ans en 2008 », *Premières Synthèses*, n° 39.2, septembre 2009.
- DARES, « Les services à la personne en 2006 : une croissance continue », *Premières Synthèses*, n° 48.2, novembre 2008.
- DARES, « Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses*, n° 22.1, mai 2008.
- Davoine L. et Méda D., « Place et sens du travail en Europe : une singularité française ? », *Document de travail*, n° 96-1, Centre d'études de l'emploi, février 2008.
- Dawson A. et Tylee A. (eds), *Depression: Social and Economic Timebomb. Strategies for Quality of Care*, OMS, 2001.
- De Coster S., « Depression and law violation: Gendered responses to gendered stresses », *Sociological Perspectives*, vol. 48, n° 2, 2005, p. 155-187.
- Dejours C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998.
- Dejours C., *Travail, usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Centurion/Bayard Éditions, 1980.
- Desrioux F., « Suicides au travail : vers un scandale des 'autopsies psychiques' ? », *Alternatives économiques*, novembre 2009.
- Diener E., « Subjective well-being », *Psychological Bulletin*, 95, 1984, p. 542-575.
- D'Iribarne P., *La Logique de l'honneur*, Paris, Seuil, 1989.
- Duée M. et Rebillard C., « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales – La société française*, édition 2006.
- Dujarier M.-A., *Le Travail du consommateur. De McDo à e-Bay : comment nous coproduisons ce que nous achetons ?*, Paris, La Découverte, 2008.
- Duru-Bellat M., « L'économie de la connaissance à l'épreuve du recrutement », *La Vie des idées.fr*, 6 décembre 2007.
- Duru-Bellat M., *L'Inflation scolaire. Les désillusions de la méritocratie*, Paris, Seuil, coll. La République des Idées, 2006.
- Ehrenberg A., « La santé mentale : transformation de la société, transformation de la psychiatrie », *Di@logues de Descartes*, n° 3, 2009.
- Ehrenberg A., « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2004, p. 77-88.

- Ehrenberg A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- Erikson E., « Growth and crisis of the 'healthy personality' », *Childhood and Society*, New York, WW Norton, 1950.
- ESPAD (European School Survey on Alcohol and Others Drugs), enquête 2007.
- Esping-Andersen G., « Unequal opportunities and the mechanisms of social inheritance », in Corak M. (ed.), *Generational Income Mobility in North America and Europe*, Cambridge University Press, 2004, p. 289-331.
- European Agency for Safety and Health at Work, *The Economic Effects of Occupational Safety and Health in the Member States of the European Union*, 1999.
- Falissard B. (dir.), *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues*, rapport final, résultant des trois phases de l'étude et synthèse, INSERM, janvier 2006.
- Ferland G., « Nutrition et santé mentale au cours du vieillissement », *Vie et Vieillesse*, vol. 3, n° 1, hiver 2004.
- Firdion J.-M., « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », in « Une enquête d'exception – Sans-abri, sans domicile : des interrogations renouvelées », *Économie et Statistique*, n° 391-392, 2006.
- Galland O. et Lemel Y., « Tradition-modernité : un clivage persistant des sociétés européennes », *Revue française de sociologie*, n° 47-4, 2006, p. 687-724.
- Gheorghiu M. D., « Le devenir de jeunes de Seine-Saint-Denis passés par l'Aide sociale à l'enfance entre 1980 et 2000 », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, 2009.
- Gimbert V., « Les technologies pour l'autonomie, de nouvelles opportunités pour gérer la dépendance ? », *La Note de veille*, n° 158, Centre d'analyse stratégique, décembre 2009.
- Herrman H., Saxena S. et Moodie R., *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, OMS, 2005.
- Heston A., Summers R. et Alten B., *Penn World Tables*, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices, University of Pennsylvania, 2006.
- INED, Étude longitudinale française depuis l'enfance, adossée sur l'Échantillon démographique permanent de l'INSEE, et sous la responsabilité principale de l'INED, https://www.elfe2009.fr/Institution/enqu_index.htm.
- INSERM, *Activité physique : contextes et effets sur la santé*, expertise collective, 2008.
- INSERM, *Jeux de hasard et d'argent – Contextes et addictions*, expertise collective, 2008.
- INSERM, *Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, rapport d'expertise collective, 2005.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS, 2009.
- InVS, *Investigation d'un syndrome des bâtiments malsains dans les laboratoires du rez-de-jardin de l'Institut de biologie du CHU de Nantes, 2006-2008*, 2009.
- InVS, « Les syndromes psycho-sociogéniques et/ou des bâtiments malsains : un diagnostic difficile à faire partager », *Rapport annuel*, 2007.
- Janicki-Deverts D., Cohen S., Doyle W. J., Turner R. B. et Treanor J. J., « Infection-induced proinflammatory cytokines are associated with decreases in positive affect, but not increases in negative affect », *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 2007, p. 301-307.

- Joseph O., Lopez A. et Ryk F., « Génération 2004 : des jeunes pénalisés par la conjoncture », *Bref*, n° 248, CEREQ, janvier 2008.
- Kovess-Masféty V., *Épidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion, 1996.
- Kovess-Masféty V., Lopez A. et Pénochet J.-C. (dir.), *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion, 2000.
- Kovess-Masféty V., Briffault X. et Sapinho D., « Prevalence, risk factors and use of health care in depression: A survey in a large region of France between 1991 and 2005 », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 10, octobre 2009.
- Krueger A. B., Kahneman D., Schkade D., Schwarz N. et Stone A. A., « National time accounting: The currency of life », *Working Paper*, Princeton University, 2008.
- Lahtinen E., Lehtinen V., Riikonen E. et Ahonen J. (eds.), *Framework for Promoting Mental Health in Europe*, Hamina, 1999.
- Lamoureux P., *Adolescence et santé, constat et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*, INPES, septembre 2004.
- Laurent E., « Peut-on se fier à la 'société de défiance' ? », *La Vie des idées*, 13 janvier 2009.
- Layard R., *Le Prix du bonheur*, Paris, Armand Colin, 2007.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O. et Laffiteau C., *Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête Escapad 2008*.
- Le Monde de l'éducation*, « Pas facile de devenir adulte en Europe », propos recueillis par Brigitte Perucca, n° 346, avril 2006.
- Lepage-Saucier N. et Wasmer E., « Cross-country evidence on the links between EPL and workers's stress », *Document de travail* non publié, 2008.
- Loncle P., Muniglia V. et Rothé C., *La décentralisation des Fonds d'aide aux jeunes dans six départements français*, rapport final de l'étude pour la DREES, juin 2007.
- Longjumeau le Magazine*, « Une réponse inattendue à la crise », n° 13, octobre 2009.
- Lorenz E. et Valeyre A., « Les formes d'organisation du travail dans les pays de l'Union européenne », *Travail et Emploi*, n° 102, avril-juin 2005, p. 91-105.
- Lovell A., *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, InVS, 2003.
- Lykken D. et Tellegen A., « Happiness is a stochastic phenomenon », *Psychological Science*, 7, 3, 1996, p. 186-189.
- Mallon I., « Prendre soin de ses parents âgés : un faux travail parental », *Informations sociales*, n° 154, CNAF, 2009/4.
- Maurin E., *La Peur du déclassement. Une sociologie des récessions*, Paris, Seuil, coll. La République des Idées, 2009.
- Mayer J. D., Salovey P. et Caruso D. R., « Models of emotional intelligence », in Sternberg R. J. (ed.), *Handbook of Human Intelligence* (2nd ed.), New York: Cambridge, 2000, p. 396-420.
- Ministère de la Santé canadien, *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, Ottawa : Santé et Bien-Être Canada, 1988.
- Mirowsky J., et Ross C. E., « Sex differences in distress: Real or artifact? », *American Sociological Review*, 60, 1995, p. 449-468.
- Mirowsky J. et Ross C. E., « Socially-desirable response and acquiescence in a cross-cultural survey of mental health », *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 1984, p. 189-197.

Mission France de Médecins du monde, *Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins*, août 2009.

Monteil C. et Robert-Bobée I., « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *INSEE Première*, n° 1025, 2005.

Murphy H. B., *Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*, Berlin New York, Springer-Verlag, 1982.

Murthy R. S., Bertolote J. M., Epping-Jordan J. et al., *La Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001.

Nasse P. et Légeron P., *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, rapport remis à Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 12 mars 2008.

Observatoire national des zones urbaines sensibles, Délégation interministérielle à la Ville et au développement social urbain, ministère du Logement et de la Ville, *Rapport 2008*, novembre 2008.

Observatoire du Samu social de Paris, *Conduites addictives, substitutions et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, Paris, 1998.

OMS, *Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux enjeux*, OMS, 2001.

Padiou R., « Sur une vague de suicides », *La Croix*, 20 octobre 2009.

Pailhé A. et Solaz A., « Vie professionnelle et naissance : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes », *Populations et Sociétés*, septembre 2006.

Pan Ke Shon J.-L., « Être seul », *Données sociales 2002-2003*.

Pan Ke Shon J.-L. et Duthé G., « Trente ans de solitude... et de dépression ? Intégration, régulation et tensions sur les normes », 2009 (en cours de révision avant publication).

Pan Ke Shon J.-L., « L'émergence du sentiment d'insécurité en quartiers défavorisés. Dépassement du seuil de tolérance... aux étrangers ou à la misère », *Espace, Populations, Sociétés*, à paraître, 2009.

Peretti-Watel P., « Lien social et santé en situation de précarité. État de santé, recours au soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Économie et Statistique*, n° 391-392, 2006.

Petrea L. et Muijen M., *Policies and Practices for Mental Health in Europe. Meeting the Challenges*, OMS, 2008.

Peyrefitte A., *Le Mal français*, Paris, Fayard, 1996.

Philippon T., *Le Capitalisme d'héritiers. La crise française du travail*, Paris, Seuil, 2007.

Piel E. et Roelandt J.-L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité - ministère délégué à la Santé, rapport de mission, 2001.

Pollak C., « Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne », *Document de travail*, n° 120, Centre d'études de l'emploi, juin 2009.

Putnam R. D., Leonardi R. et Nanetti R., *Making democracy Work. Tradition in Modern Italy*, Princeton University Press, 1993.

Ray J.-E., « Les libertés de l'entreprise », *Pouvoirs*, n° 130, 2009/3.

Rialle V., *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, rapport pour Philippe Bas, ministre de la Santé et des Solidarités, 2007.

- Rodriguez J. et Wachsberger J.-M., « Mesurer la confiance, dénoncer la défiance : deux économistes au chevet du modèle social français », *Revue française de sociologie*, vol. 50, janvier 2009.
- Scott S., Knapp M., Henderson J. et Maughan B., « Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood », *British Medical Journal*, n° 323, 2001, p. 191-196.
- Sen A., *Un Nouveau modèle économique*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- Senik C., « Peut-on dire que les Français sont malheureux ? », in Cohen D. et Askenazy P. (eds), *Économiques*, 2, Paris, Albin Michel (à paraître), *PSE Working paper*, n° 44, 2009.
- Senik C. et Clark K., « La croissance rend-elle heureux ? », in Cohen D. et Askenazy P. (eds), *Économiques*, 1, Paris, Albin Michel, *PSE Working paper*, n° 48, 2007.
- Senik C., Clark A., Etilé F., Postel-Vinay F. et Van Der Straeten K., « Heterogeneity in reported well-being: Evidence from twelve European countries », *The Economic Journal*, vol. 155, n° 502, mars 2005, p. C118-C132.
- Shojaei T. et al., « Self-reported peer victimisation and child mental health: Results of a cross-sectional survey among French Primary school children », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 30(4), août 2009, p. 300-309.
- SIG/IPSOS, *Les Français et la santé mentale*, enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon de 1 017 personnes représentatif de la population âgée de 15 ans et plus, 10 et 12 octobre 2009.
- Silvadon P. et Duron J., *La Santé mentale*, Paris, Privat, 1979.
- Solom A., *Salariés et entreprises : vers une relation « transactionnelle » ?*, IPSOS Ideas, mars 2006.
- Stellinger A., *Les jeunesses face à leur avenir – une enquête internationale*, Fondation pour l'innovation politique (Fondapol), 2008.
- Stiglitz J., Sen A. et Fitoussi J.-P., *Rapport de la Commission sur la mesure de la performance économique et du progrès social*, rapport remis au Président de la République, 14 septembre 2009.
- Strohl H. et Lazarus A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Délégation interministérielle à la Ville, 1995.
- Sultan-Taïeb H., Lejeune C., Drummond A. et Niedhammer I., « Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain in France » (soumis).
- TNS-SOFRES, *Les Français et le grand âge*, Baromètre, enquête pour la Fédération hospitalière de France, 2009.
- Trucy F., « L'évolution des jeux de hasard et d'argent : le modèle français à l'épreuve », *Rapport d'information parlementaire*, n° 58, novembre 2006.
- Umberson D., Chen M. D., House J. S., Hopkins K. et Slaten E., « The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? », *American Sociological Review*, 61, 1996, p. 837-857.
- Valleur M., *Sexe, passion et jeux vidéo. Les nouvelles formes d'addiction ?*, Paris, Flammarion, 2003.
- Van de Velde C., *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF, coll. Le Lien social, février 2008.
- Veenhoven R., « Progrès dans la compréhension du bonheur », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 18, n° 2, 1997, p. 29-73.

Verrier B., « Les relations sociales dans les 'mondes' des très petites entreprises. 1. Un état des lieux », *La Note de veille*, n° 154, Centre d'analyse stratégique, octobre 2009.

Verrier B., « Les relations sociales dans les 'mondes' des très petites entreprises. 2. Modes et enjeux de la représentation des salariés », *La Note de veille*, n° 155, Centre d'analyse stratégique, octobre 2009.

Wauquiez L., *La santé et la protection sociales des étudiants*, rapport de la mission parlementaire, 2006.

Weiss A. *et al.*, « Happiness is a personal(ity) thing: The genetics of personality and well-being in a representative sample », *Psychological Science*, 19, 3, 2008, p. 205–210.

Wilkinson R. et Marmot M. (dir.), *Les déterminants sociaux de la santé*, OMS, 2004.

Winkelmann L. et Winkelmann R., « Why are the unemployed so unhappy? Evidence from panel data », *Economica*, vol. 65, n° 257, 1998, p. 1-15.

www.strategie.gouv.fr

Centre d'analyse stratégique
18 rue de Martignac
75700 Paris Cedex 07
Téléphone 01 42 75 61 00

Centre
d'analyse
stratégique

Les cas de dépression sont-ils en augmentation en France ? À quel âge constate-t-on les taux de suicide les plus élevés ? Les hommes et les femmes présentent-ils les mêmes profils face aux addictions ? Le premier intérêt de ce rapport est de dresser un état des lieux de la santé mentale dans notre pays. Les expressions du mal-être changent, les populations touchées évoluent.

Le concept de « santé mentale » lui-même a été profondément renouvelé au cours des trente dernières années. Autrefois réservé aux pathologies relevant de la psychiatrie, il s'est élargi à la détresse psychologique et à la souffrance psychique. Il englobe désormais une troisième dimension, la « santé mentale positive », qui recouvre le bien-être, l'estime de soi, le sentiment de maîtrise de son existence.

Ainsi comprise, la santé mentale devient l'affaire de tous. Pour les pouvoirs publics, les enjeux ne sont plus seulement sanitaires ou médicaux mais sociétaux et économiques. La mesure du bien-être se mue en indicateur de la performance collective. On estime notamment entre 3 % et 4 % du PIB les coûts de la mauvaise santé mentale sur l'économie, suite aux invalidités, à l'absentéisme, à la baisse de la productivité. Il s'agit donc d'identifier les facteurs de risques – familiaux, sociaux, environnementaux, etc. – afin de déterminer les leviers susceptibles de prévenir une dégradation de la qualité de vie. Les pistes d'action avancées concernent aussi bien la petite enfance que le monde du travail ou l'aide en faveur des personnes âgées. Les mutations économiques, les évolutions sociétales et le vieillissement de la population vont rendre ces questions toujours plus pressantes.

Ce rapport est issu des travaux d'une mission confiée au Centre d'analyse stratégique par Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État à la Prospective et au Développement de l'Économie numérique. Il constitue un pas de plus vers une prise en charge collective, cohérente et continue des défis posés par la promotion de la santé mentale.

