

## Cercle Vulnérabilités et Société



### **Santé mentale de la personne âgée**

**vers un modèle plus préventif et inclusif**

# LE CERCLE VULNÉRABILITÉS ET SOCIÉTÉ









Créé en 2018, le Cercle Vulnérabilités et Société est un ***think & action tank*** **indépendant** dont l'ambition est de **remettre la vulnérabilité au cœur de la performance économique et sociale.**


Dans cette perspective, **son action vise à prévenir et résoudre des situations de fragilités avérées** (handicap, perte d'autonomie, maladie chronique, précarité, aidance, deuil, etc.) **autant qu'à démontrer et à soutenir leur puissance transformatrice.**

Il fédère aujourd'hui plus de 60 organisations privées, publiques et associatives, pour **faire émerger des propositions et expérimenter de nouveaux modèles** répondant aux défis de l'emploi, de la santé, de l'autonomie, de la citoyenneté et du lien social, face aux principales transitions (démographique, économique, écologique, du travail...).

**[www.vulnerabilites-societe.fr](http://www.vulnerabilites-societe.fr)**

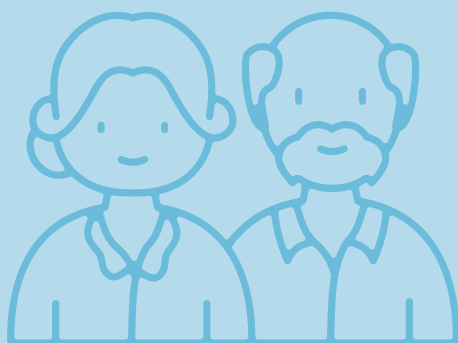
# SOMMAIRE

	<b>Le Cerle Vulnérabilités et Société</b> ..... 2
	<b>Introduction</b> ..... 5
	<b>Santé mentale : quelques chiffres</b> ..... 6
	<b>La « réserve mentale » : un modèle adapté à la personne âgée, avec une portée universelle</b> ..... 7
	① <b>Le concept de « réserve mentale »</b> ..... 7
	② <b>Les risques sur la réserve mentale des personnes âgées</b> ..... 8
	③ <b>Optimiser la réserve mentale dans la durée</b> ..... 9
	<b>Recommandations opérationnelles pour agir sur la réserve mentale de la personne âgée</b> ..... 13
	① <b>Élargir le modèle médico-centré</b> ..... 13
	② <b>Promouvoir une véritable culture de la santé mentale de la personne âgée</b> ..... 14
	③ <b>Recommandations par types d'acteurs</b> ..... 15
	<b>Évaluer les actions et les retours sur investissement</b> ..... 19
	<b>Conclusion</b> ..... 21
	<b>Participants au groupe de travail</b> ..... 22



*Le vieillissement n'est pas une maladie,  
mais il peut devenir souffrance quand  
le lien social se défait.*

**Dr. Jean Maisondieu**





## INTRODUCTION

La santé mentale, décrétée Grande Cause Nationale en octobre 2024, renouvelée en 2026, a fait l'objet en juin 2025 d'un plan gouvernemental centré sur la psychiatrie et la jeunesse. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentant, pourtant plus de 21,8% de la population et près de 25% dès 2030 (et 30% à l'horizon 2050), y sont les grandes absentes.

C'est un angle mort inquiétant : l'allongement de la vie est un succès collectif, mais il s'accompagne d'une fragilisation psychique et relationnelle silencieuse, souvent mal repérée, parfois confondue avec le « cours normal » du vieillissement. Sa non prise en compte peut à ce titre engendrer trois fractures explosives :

- une fracture humaine, quand les existences se replient ou s'effondrent ;
- une fracture sociale, quand les familles et les quartiers se désagrègent ;
- une fracture économique, quand la perte d'autonomie psychique entraîne désorganisation, absentéisme, soins lourds et coûts massifs pour le collectif.

Dans cette optique, d'ailleurs, une attention accrue à la santé mentale des aînés peut aussi concourir à une meilleure protection des professionnels : ceux du soin, du travail social et de l'aide à domicile, dont la santé psychique se dégrade par porosité, entraînant à son tour désengagement et perte d'attractivité.

C'est dans cet esprit que le Cercle Vulnérabilités & Société a constitué un groupe de travail pluridisciplinaire pour produire la présente note. Celle-ci propose à travers le concept original de « réserve mentale » (emprunté à des approches de type énergétiques) et une proposition d'évolution du modèle médico-centré, de considérer la santé mentale des personnes âgées comme :

- un investissement porteur de retours sur investissements dans les champs sanitaire, social, économique, avec des effets secondaires positifs sur les tiers (proches, aides à domicile, soignants)...
- un cadre emblématique d'actions à déployer auprès d'autres publics exposés à des souffrances mentales en forte augmentation (enfants, jeunes adultes, actifs, parents isolés...).

Cette note s'adresse prioritairement aux **associations** engagées sur ce thème, aux **professionnels de santé et du travail social**, aux **responsables d'établissements et de réseaux de soins**, ainsi qu'aux **pouvoirs publics** à qui elle propose des recommandations opérationnelles.



## SANTÉ MENTALE : QUELQUES CHIFFRES

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ».

La santé mentale étant un des éléments déterminants de la santé globale, la réponse ne saurait être réduite au seul réflexe sanitaire, mais doit nécessairement être organisée dans une politique globale, environnementale et interdisciplinaire, pour soutenir une « vie désirable jusqu'au bout »<sup>1</sup>, dans tous ses aspects physiques, psychiques, sociaux et spirituels.

### Données épidémiologiques et sociologiques<sup>2</sup>

- Dans le monde selon l'OMS (Rapport 2023), une personne âgée sur cinq souffre de troubles psychiques modérés à sévères, principalement dépressifs ou anxieux. La santé mentale serait la première cause de handicap.
- En France, 13 millions de personnes (20%) souffrent d'un trouble psychique. Plus d'un quart de la population a été ou sera touché par un trouble psychique au cours de sa vie. Le risque est doublé pour les personnes âgées en EHPAD puisque la HAS (2023) estime que plus de 40% des résidents présentent des symptômes dépressifs, souvent non traités. La solitude ressentie touche plus d'un tiers des aînés vivant seuls.
- Les conséquences de la détérioration de la santé mentale sont multiples : aggravation de la dépendance, baisse de l'espérance de vie (réduite de 15 ans par rapport au reste de la population), surconsommation médicamenteuse, désengagement des équipes, isolement des proches, risque suicidaire (1 suicide par heure en France ; doublement des tentatives de suicide depuis 2024 ; le taux de suicide des plus de 85 ans reste parmi les plus élevés de toutes les classes d'âge).
- 70% des Français cautionnent un stéréotype concernant les personnes atteintes de troubles de santé mentale.

Ces chiffres traduisent un malaise silencieux : à mesure que la longévité progresse, l'architecture sociale peine à garantir un environnement émotionnel et relationnel porteur de sens.

1. Une notion mise en avant par le Cercle V&S dans « Pour un modèle français solidaire de la fin de vie », Juin 2023.

2. <https://solidarites.gouv.fr/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025>; Sources DREES et Santé Publique France.



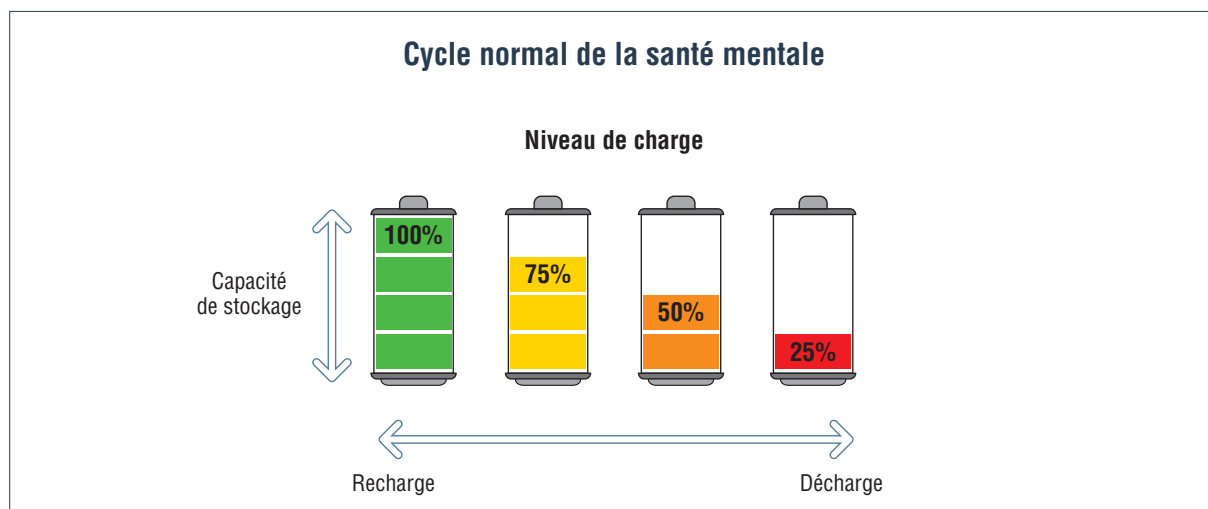
# LA « RÉSERVE MENTALE » : UN MODÈLE ADAPTÉ À LA PERSONNE ÂGÉE, AVEC UNE PORTÉE UNIVERSELLE

## 1 Le concept de « réserve mentale »

La santé mentale est le fruit d'interactions complexes entre des capacités individuelles (facteurs endogènes : métabolisme, hérédité, histoire, antécédents...) et l'environnement de la personne (facteurs exogènes : milieu familial, culture, système de croyances, rencontres, environnement social...).

Elle est par essence dynamique et fluctuante et peut être appréhendée comme un flux (va et vient) qui évolue au gré des événements qui viennent affecter la vie personnelle, affective, intellectuelle, relationnelle, professionnelle, culturelle, spirituelle, etc. Elle est amenée à s'améliorer au gré des joies, des réalisations personnelles, de la vie sociale... ou à se dégrader sous les assauts de la maladie, du stress, des séparations... Son fonctionnement peut s'apparenter à un réservoir amené alternativement à se remplir ou à se vider, sa taille pouvant varier selon les individus, mais opérant selon un processus toujours identique.

Cette « réserve » peut donc être caractérisée par deux éléments : sa capacité de stockage (volumétrie) et son niveau de charge (flux), à l'image d'une batterie. Cette notion de réserve mentale n'est pas sans faire penser à celle de « résilience » entendue dans son sens écologique de « capacité d'un système ou d'une espèce à retrouver un état d'équilibre après un événement perturbateur »<sup>3</sup>.



3. Et non dans son sens psychologique de « capacité à vivre, à se développer en dépit de situations traumatiques » (Le Robert).

## ② Les risques sur la réserve mentale des personnes âgées

### → Grand âge : une multiplication des risques d'atteintes de la réserve mentale

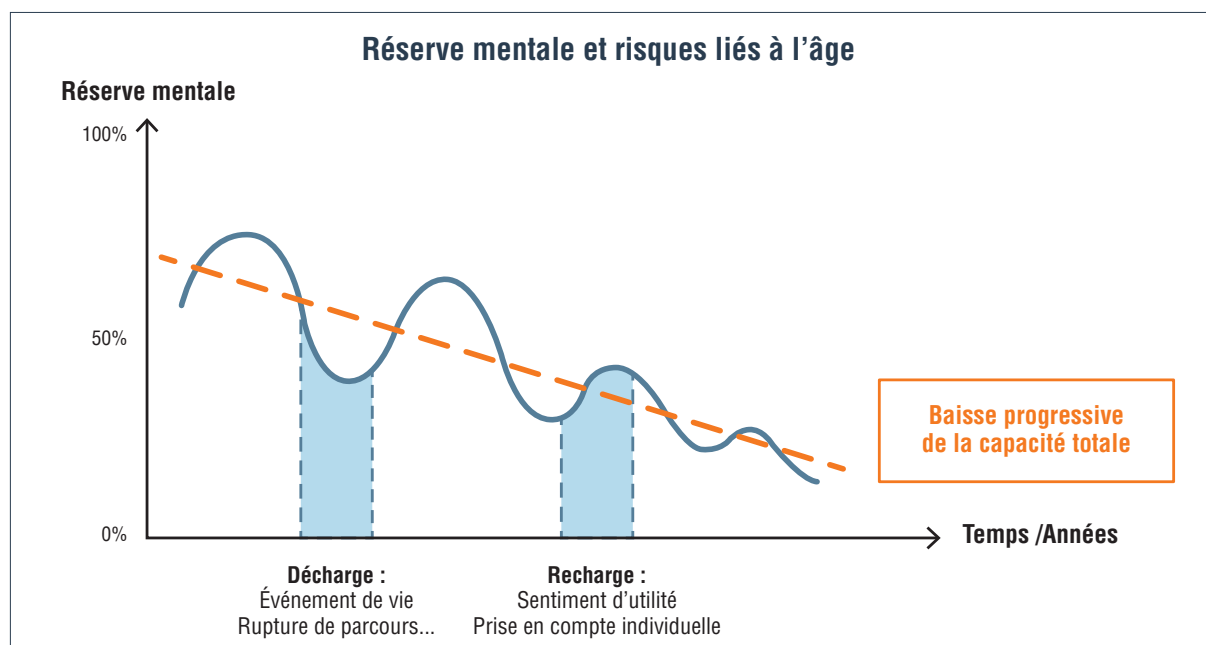
Vieillir n'est pas seulement une transformation biologique : c'est une expérience existentielle où s'entremêlent ralentissements, pertes, renoncements, mémoire et quête de sens. La santé mentale des aînés dépend moins de l'absence de troubles que de la capacité à maintenir un sentiment de continuité et d'appartenance.

A la différence du « capital soleil » qui fonctionne également comme une réserve, mais qui s'épuise inexorablement, la réserve mentale posséderait à tout âge la capacité dynamique de se reconstituer dès lors que seraient mises en œuvre des actions destinées à renforcer les facteurs de charge et à réduire les facteurs de décharge. Une réserve qui descend ponctuellement sous un seuil bas peut engendrer un trouble mental passager (stress, angoisse...). En revanche, une réserve continuellement basse peut provoquer une maladie chronique (dépression, asthénie...) qui contribue à réduire durablement la capacité de stockage (à l'image d'une capacité pulmonaire insuffisamment entraînée).

Ainsi, la détérioration de la santé mentale n'est pas une pente inéluctable qui serait liée à l'âge. Derrière les représentations âgistes, chacun connaît des personnes âgées qui vieillissent en préservant leurs capacités relationnelles, leur humour, leur optimisme...

Cependant, l'âge, du fait de la dégénérescence personnelle et des événements de la vie, est un facteur aggravant d'épuisement de la réserve mentale à la fois dans la réduction de la capacité générale (stock) que dans la capacité à la recharger (flux). C'est également un facteur de ralentissement des apprentissages et des réactions (prolongement neurologique du « temps d'encodage »).

Il importe de repérer les événements et facteurs de risques et de les traiter avec une attention particulière tant lors de leur survenue que dans la durée, s'agissant d'altérations souvent définitives qui diffusent leurs effets dans le temps.

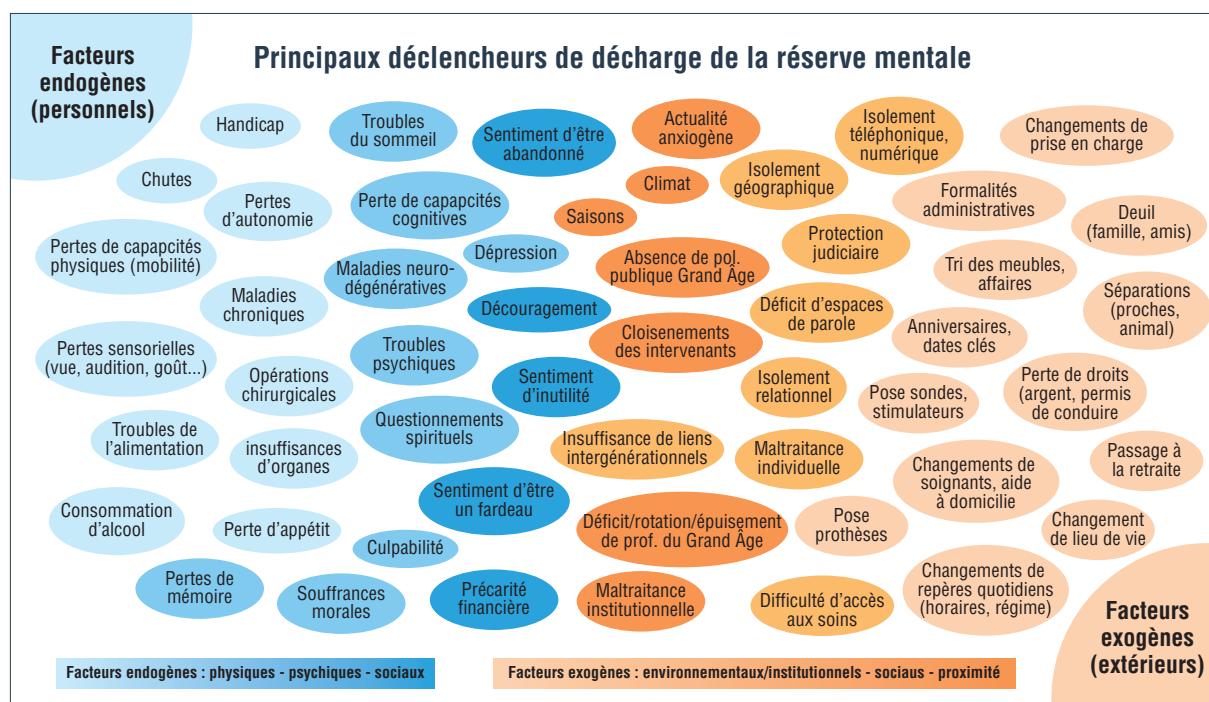


**Note :** il ne faut pas confondre « charge mentale » (expression populaire qui décrit des saturations d'informations ou de tâches) et niveau de « charge de la réserve mentale ». La « charge mentale » (poids) est un élément qui accélère la « décharge » de la réserve mentale (énergie).

## → Principales causes de la décharge de la réserve mentale dans le grand-âge

La santé mentale est un élément transversal de la santé globale. En effet, les facteurs qui influent sur la santé mentale sont pluriels et complexes : personnels (métabolisme, génétique, alimentation, activité physique, activité professionnelle...), sociaux (inclusion, qualité relationnelle...), culturels (systèmes symboliques, ouverture d'esprit...), économiques (niveau d'aisance, logement), politiques et environnementaux (justice sociale, perspectives), etc. Les facteurs de risque sont particulièrement nombreux et divers tenant à la vie propre des personnes comme à leur environnement, ce qui rend leur surveillance complexe et nécessairement systémique.

La détérioration de la santé mentale est multi-causale. Et les facteurs agissent en boucle tantôt comme cause, tantôt comme conséquence, ce qui rend leur identification complexe. Par exemple, la dépression est une cause d'isolement. En sens inverse, l'isolement peut être cause de dépression. Ce type de boucle vicieuse contribue à une détérioration en spirale de la santé mentale.



**Note :** la dépression est un facteur de risque majeur pour la personne âgée avec passage à l'acte suicidaire (souvent suivi d'un décès de la personne). Elle est souvent négligée, méconnue ou mal traitée (60 à 70% des personnes âgées ont des symptômes dépressifs). La réserve mentale, s'analysant en un stock alimenté par des flux (charge et décharge), nécessite une gestion en continu et coordonnée depuis la prévention, l'identification jusqu'à la résolution des problèmes de santé mentale.

## ③ Optimiser la réserve mentale dans la durée

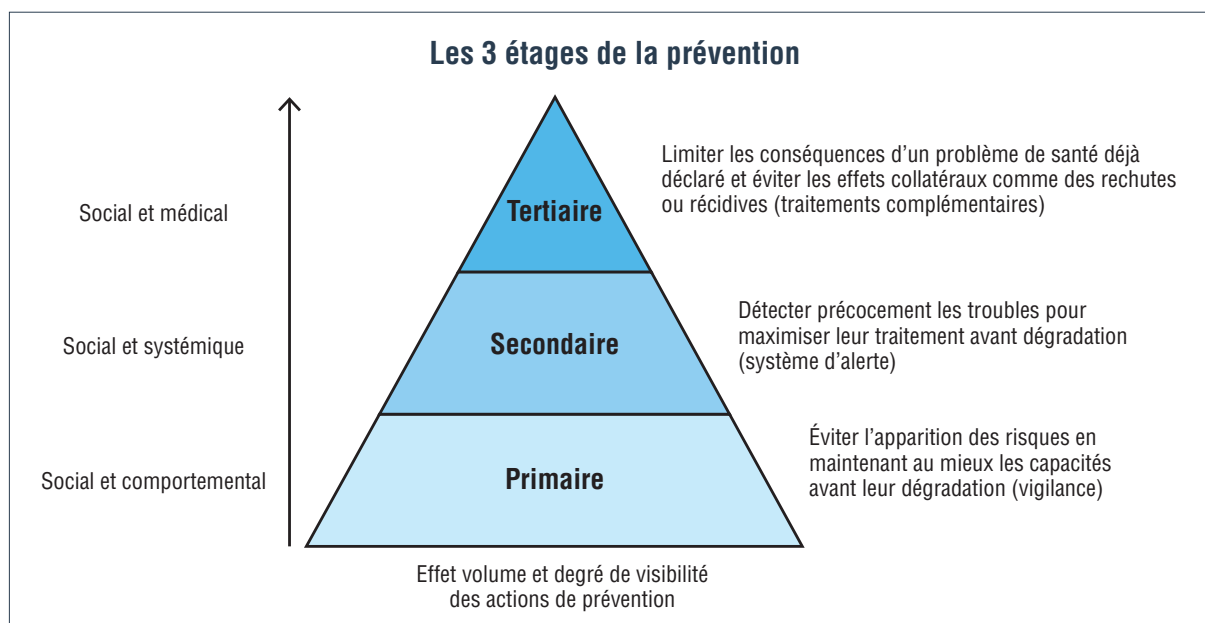
### → Prévenir pour limiter les risques de décharge de la réserve mentale

En matière de santé mentale des personnes âgées, la prévention n'est pas une option. Elle est cruciale. En effet, la détérioration de la santé mentale des personnes âgées est un glissement à bas bruit dont les effets se font voir avec retard, mais qui peuvent être irrémédiables en raison des fragilités spécifiques du grand âge (à la différence d'autres populations). Elle doit donc absolument s'anticiper.

Or, en France, à la différence de nombreux autres pays européens, essentiellement pour des raisons culturelles, les politiques de prévention des problèmes de santé sont insuffisamment développées. Elles se limitent le plus souvent à des préconisations générales concernant l'alimentation et l'activité physique.

S'agissant de personnes âgées, ces mesures basiques sont totalement insuffisantes en raison des risques de détérioration rapide et irréversible de la santé physique, mentale, sociale et même spirituelle, renforcés par le cumul de deux « tabous » : celui de la santé mentale d'une part et celui du grand âge d'autre part.

Prévenir permet de préserver au mieux les capacités de stockage, le flux et la vitesse de recharge de la réserve mentale. A l'image de n'importe quelle batterie qui perd de sa capacité de stockage et de recharge si on la laisse constamment sous tension...



**Note :** la prévention primaire mobilise beaucoup de ressources sociales (abondantes et peu coûteuses) et peu visibles. La prévention secondaire agit en pivot et repose sur une organisation fluide et interconnectées de « sentinelles » (modérément coûteuses). La prévention tertiaire consomme moins de ressources sociales mais davantage de ressources spécialisées (rares et coûteuses).

En matière de santé mentale, la prévention primaire est à la fois la plus simple (mesures communes de bon sens) et la plus complexe (effets systémiques). Elle suppose de prendre en compte un grand nombre d'indicateurs de nature environnementale (sociale) en forme de signaux faibles, au cœur d'un système ordinaire (quotidien) et peu organisé. La prévention secondaire est plus ciblée et mobilise des acteurs de proximité mis en situation de vigilance par un système d'alerte (qui reste à construire). La prévention tertiaire est la plus interventionniste, faisant appel à des professionnels de santé qualifiés au cœur d'un système très organisé (sanitaire et médico-social) mais très orienté « soins ».

#### LES PRINCIPAUX FACTEURS CUMULATIFS DE PROTECTION SONT :

- ➔ Une bonne santé physique et psychique
- ➔ Un soutien social (être bien entouré, avoir des activités sociales...)
- ➔ La pratique d'une activité physique ou de loisirs
- ➔ La qualité des liens familiaux
- ➔ Le maintien dans l'environnement habituel avec les aides adaptées
- ➔ Le renforcement de la solidarité face à la dégradation physique et/ou morale
- ➔ Le maintien du dialogue et des échanges
- ➔ La prise en compte et l'acceptation du vieillissement par l'entourage
- ➔ La capacité d'en parler à une personne de son choix (amis, proches, consultation privée ou publique, structures d'écoute et d'accueil, associations spécialisées...)
- ➔ Les croyances, la foi, les valeurs morales et spirituelles
- ➔ La bonne formation des aidants à domicile et des professionnels des structures d'hébergement pour personnes âgées
- ➔ Les relations intergénérationnelles
- Etc.

D'une manière générale, la prévention exige une bonne connaissance de l'histoire du sujet (antécédents, éléments familiaux, système de valeurs...). Cela ne se limite pas à la pose d'un diagnostic médical mais doit prendre en compte tous les déterminants de son environnement. C'est donc dans le contexte de proximité qu'elle est la plus efficace. La culture médicale française est plus interventionniste et curative, ce qui fait que la prévention tertiaire est globalement mieux développée que la prévention primaire qui reste empirique et aléatoire.

L'importance cruciale de la prévention se justifie également par les conséquences immédiates et sérieuses d'un défaut de prévention sur la disponibilité des ressources humaines et financières du système de santé.

## ➔ Identifier les symptômes de décharge

L'identification rapide des problèmes de santé mentale est essentielle pour éviter sa détérioration souvent irréversible. Elle est également essentielle en ce qu'elle permet également de détecter des problèmes de santé physique qui seraient liés et de pouvoir intervenir le plus tôt possible dans une approche globale.

### **CERTAINS CHANGEMENTS D'ATTITUDE OU D'HUMEUR (SYMPTÔMES) DEVRAIENT ALERTE PLUS PARTICULIÈREMENT :**

- ➔ Renoncements à la mobilité (courses, promenades...)
- ➔ Refus de soin et d'alimentation
- ➔ Troubles du sommeil
- ➔ Pertes de désir et désintérêts
- ➔ Perte de l'estime de soi
- ➔ Changements durables d'humeur (aigreur, morgue, découragement...)
- ➔ Troubles du comportement (mutisme, irritabilité, prostrations...)
- ➔ Confusions et pertes de repères (spatiaux, temporels)
- ➔ Troubles cognitifs, de la mémoire
- Etc.

Toute modification dans les comportements courants doit constituer un point d'alerte. Sur ce point, le recours au dispositif ICOPE<sup>4</sup> de repérage de la perte d'autonomie par les patients et par les professionnels, via des signaux faibles, permet d'amplifier les actions de prévention et de vigilance.

## ➔ Traiter et orienter pour répondre aux situations de rupture de charge

En matière de grand âge, les problèmes de santé mentale sont plus difficilement réversibles eu égard à la fragilisation croissante (perte de puissance) de la réserve mentale et à la baisse d'énergie inhérente au vieillissement (délais de recharge). De plus, ces problèmes ont des impacts cumulatifs tant sur la santé individuelle (maladie, dysfonctionnements, tentation suicidaire...) et la participation sociale (isolement) avec des effets collatéraux et systémiques forts (affliction des proches, contagion sociale, impact sur les soignants et les professionnels de l'aide...).

Or, les ressources médicales en matière de santé mentale, déjà largement et durablement insuffisantes pour la population générale, le sont encore plus dans le cas spécifique du grand âge avec un déficit de compétences dédiées : gériatres, géronto-psychiatres, infirmières spécialisées, psychologues, etc. De plus, la prise en charge des problèmes de santé mentale déclarés est plurielle et complexe, mobilisant tout un « système » de soins et d'accompagnement avec de sérieux problèmes de coordination.

C'est pourquoi, faute de pouvoir compter à court terme sur des réponses médicales ou psychiatriques, de nombreuses actions peuvent être entreprises pour inverser la dégradation et repolariser le flux de décharge en flux de recharge.

4. <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/icope-un-programme-pour-reperer-la-perte-de-l-autonomie-chez-le-patient-des-60-ans>. Déployé par VYV3 notamment en Terres D'Oc, Centre Val-de-Loire, Bretagne...

## LES PRINCIPAUX FACTEURS CUMULATIFS DE RENFORCEMENT SONT :

- ➔ La stimulation sensorielle : goût, ouïe, odorat (repas, odeurs naturelles, chaleur du soleil...)
- ➔ L'accès à la culture, au beau, à l'art, à la musique (selon les facultés sensorielles préservées)
- ➔ Les capacités d'émerveillement (nature, petits-enfants...)
- ➔ Les relations familiales
- ➔ L'utilité sociale : transmission historique, bénévolat (aide à l'enseignement, à la santé, à l'insertion sociale...)
- ➔ Le rire
- ➔ Le soutien juridique et administratif
- ➔ Le sport adapté (marche, aqua bike...)
- ➔ L'accompagnement du questionnement sur le sens de la vie à travers la foi, la philosophie, la spiritualité
- ➔ Les pratiques méditatives et/ou physiques : yoga, tai-chi, méditation, sophrologie...
- ➔ La présence ou l'accès à un animal domestique
- Etc.

La plupart de ces facteurs de renforcement sont de nature relationnelle et sociale, ayant vocation à être mis en œuvre dans des espaces de proximité affective, géographique ou culturelle. La famille, le quartier ou la communauté sont les lieux les plus appropriés pour stimuler ces facteurs. Ils reposent sur des comportements humains naturels et de bon sens, en décalage criant avec le réflexe institutionnel de penser ces souffrances à travers des approches professionnelles.

### Expérimentation « Cin'EHPAD » (Lauréat du projet « un tiers lieu dans mon EHPAD », CNSA)

La création d'un cinéma dans l'EHPAD Saint Just du Havre géré par la Mutualité Française Normandie contribue à la transformation de l'EHPAD en espace de vie, en lien avec le voisinage, le tissu associatif local et les autres établissements médico-sociaux de proximité. Cela préserve l'inscription sociale et culturelle des résidents et, ce faisant, leur santé mentale.

Au final, agir pour la santé mentale des personnes âgées doit s'opérer simultanément sur 4 niveaux, une partie seulement relevant du champ médical qui n'a pas vocation à exercer le monopole de la coordination ou de la supervision.

DOMAINE	FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	LEVIERS PROTECTEURS
INDIVIDUEL	Pathologies psychiatriques, neurologiques ou psychiques	Diagnostic et traitement médical, gériatrique et psychologique
	Douleurs et incapacités physiques	Mobilité, exercice, appareillage, actions de préservation du pouvoir d'agir des aînés
	Pertes, déclin sensoriel	Expression émotionnelle, reconnaissance du vécu, stimulation sensorielle et intellectuelle
RELATIONNEL	Isolement, maltraitance, désaffiliation	Stimulation sociale, relation de confiance, écoute, rituels partagés
INSTITUTIONNEL	Manque de sens, rigidité organisationnelle, normes sécuritaires	Culture du care, supervision, valorisation du travail relationnel, exploration des « possibles »
TERRITORIAL	Fragmentation des acteurs	Coopération intersectorielle, bénévolat de proximité, lien avec la ville



## RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES POUR AGIR SUR LA RÉSERVE MENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Le premier acteur de prévention du repli n'est pas un professionnel, c'est un humain attentif.

Oser une politique explicite de renforcement de la santé mentale des personnes âgées requiert de :

1. Élargir le système médico-centré,
2. Promouvoir une véritable culture de la prévention, de la détection et du traitement en facilitant les facteurs d'engagement de proximité,
3. Mettre en pratique un ensemble de recommandations types dans une visée systémique,
4. Évaluer les actions et les retours sur investissements.

### 1 Élargir le modèle médico-centré

Préserver la santé mentale des personnes âgées exige de décroiser les sphères d'action : sanitaire, médico-sociale, sociale, associative et citoyenne. La souffrance psychique ne connaît pas les frontières administratives : elle s'enracine dans les fractures du tissu relationnel.

L'enjeu est d'élargir la logique médico-centrée, qui est confrontée aux limites de son champ d'action et même à une grave et durable insuffisance de moyens humains et financiers, en faisant évoluer le modèle bio-médico-psycho-socio-environnemental pour aller vers un modèle enviro-socio-psycho-médico-biologique. Il s'agit de passer d'une logique curative cloisonnée à une écologie du lien – préventive, participative et territorialisée. L'attention doit porter prioritairement sur la prévention ou l'identification (travail sur les causes), et secondairement sur les facteurs médicaux ou psychologiques (traitement des symptômes).

ÉVOLUTION DU MODÈLE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>① Bio-médico-</li> <li>② Psycho-</li> <li>③ Socio-environnemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Enviro-socio-</li> <li>② Psycho-</li> <li>③ Médico-biologique</li> </ul>
Logique curative <b>Économie sanitaire</b>	Logique préventive <b>Écologie du lien</b>

Les recherches en neuropsychologie sociale confirment ce que l'expérience humaine enseigne :

le lien social est un régulateur biologique et psychique majeur. Il stimule la production de sérotonine et d'ocytocine, réduit le cortisol (hormone du stress) et prévient la désorientation cognitive. L'OMS (Rapport 2022) classe d'ailleurs l'isolement social parmi les principaux déterminants de morbidité et de mortalité prématurée chez les personnes âgées, au même titre que le tabac ou la sédentarité.

Ces recommandations invitent à une nouvelle forme de gouvernance partagée :

- Décentralisée, fondée sur les territoires et leurs acteurs ;
- Transversale, réunissant santé, social, culture et citoyenneté ;
- Éthique, centrée sur la dignité, l'écoute et la co-construction.

Ce modèle s'apparente à celui de la santé communautaire, défini par l'OMS : un système où la santé psychique se construit avec les personnes concernées et dans leur milieu de vie.

## ② Promouvoir une véritable culture de la santé mentale de la personne âgée

La prévention de la souffrance psychique ne repose pas sur une « surmédicalisation » du grand âge, mais sur une transformation des environnements de vie. Un EHPAD, une résidence autonomie, un quartier peuvent devenir des milieux préventifs dès lors qu'ils offrent :

1. Une stimulation sociale adaptée,
2. Un cadre affectif stable,
3. Une reconnaissance du sujet dans sa singularité.

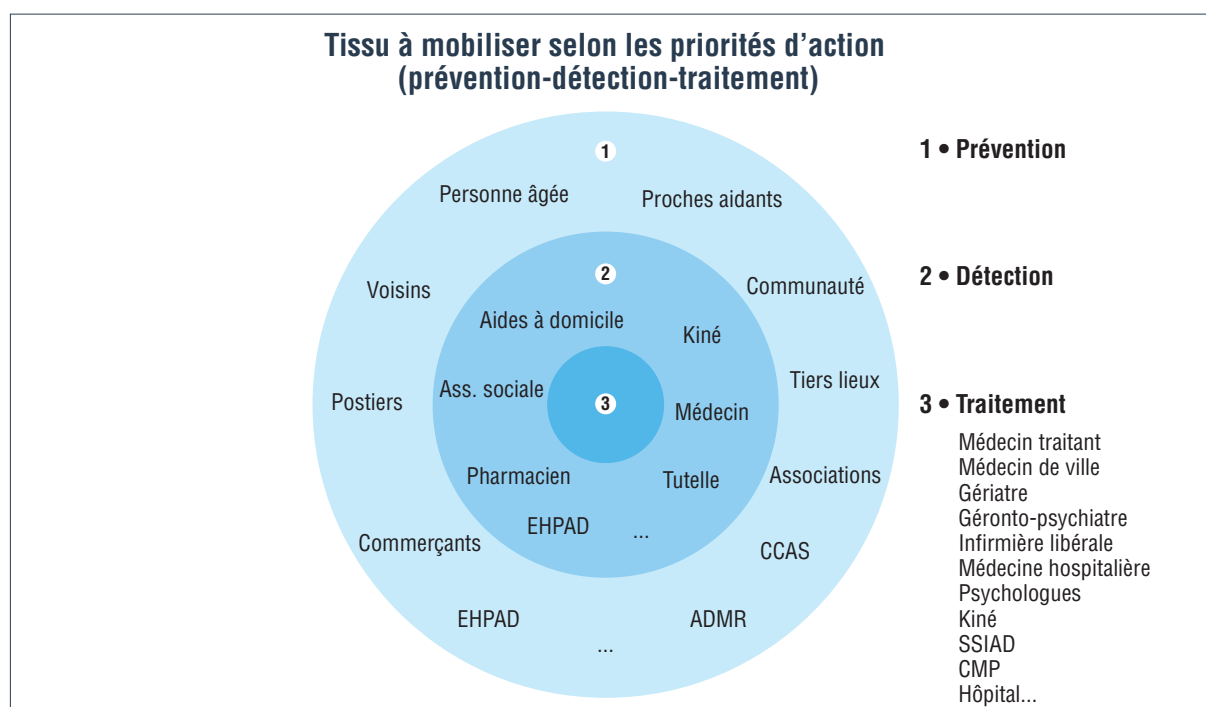
Cette culture doit être partagée par l'ensemble de la société civile pour sortir du paradigme « sanitaire » et pouvoir déployer des effets à grande échelle. Elle doit s'appuyer sur :

- ⊙ Des outils de suivi dans le temps des évolutions de la santé mentale. Ex : carnet de santé mentale (complémentaire de l'espace santé numérique) dès l'âge de 65 ans pour que le sujet puisse y noter lui-même ses facteurs personnels et environnementaux de recharge et de décharge mentale ;
- ⊙ Le maintien des conditions de vie habituelles le plus longtemps possible en minimisant les ruptures surtout quand elles sont prioritairement motivées par la sécurité ou le confort des proches ;
- ⊙ Le développement de l'habitat partagé, des résidences autonomie et des résidences services seniors pour préserver les conditions de vie les plus socialement stimulantes possibles ;
- ⊙ L'association et l'implication concrète des personnes âgées et de leurs proches ;
- ⊙ Le métier de « coach de bien vieillir » pour aider les personnes à s'approprier leurs propres actions de prévention ;
- ⊙ La biographie comme outil de libération de la parole et de valorisation de la vie vécue (« Passeurs de mots », « Notes de vie », « Plumes de vie », « Chaque histoire compte vraiment »...).

Etc.

L'enjeu est de maintenir le désir d'exister et d'être en lien avant que ne s'installe la spirale du repli : perte d'intérêt → isolement → démotivation → dépression → effondrement psychique.

Il s'agit donc de mobiliser davantage les acteurs de premier rang (familles, voisins, travailleurs sociaux) pour inverser le flux de décharge qui conduit directement à une telle détérioration, vers un flux de recharge « basse tension » en continu. La réponse environnementale doit précéder la réponse médicale (notamment médicamenteuse) qui ne doit plus être première ni exclusive.



La préservation de la santé mentale des personnes âgées ne relève pas d'un champ spécialisé mais d'un **engagement collectif**, où chaque niveau d'action — établissement, association, politique publique, voisinage — contribue à un continuum de bienveillance.

Cette politique intégrée repose sur cinq piliers :

1. **Prévenir avant de soigner** : agir en amont du repli et de la dépression.
2. **Relier plutôt que cloisonner** : coordonner les acteurs autour du résident et de son environnement.
3. **Reconnaître la subjectivité** : donner place à la parole, aux préférences, aux émotions, au sens...
4. **Promouvoir l'« autodétermination »**<sup>5</sup> et le **pouvoir d'agir** des personnes âgées (cf infra)
5. **Soutenir les aidants et les professionnels** : prendre soin de ceux qui prennent soin.

### Le retour d'expérience de l'épidémie de COVID-19

La pandémie de Covid-19 a joué un rôle de loupe. Le confinement des résidents en EHPAD, la fermeture des lieux de sociabilité et la peur d'infecter autrui, ont provoqué une désocialisation brutale et une sidération psychique durable avec des effets délétères accrus et graves (syndromes de glissement).

Mais cette période a aussi mis en lumière la capacité de résilience des acteurs :

- Initiatives d'écoute téléphonique entre voisins ;
- Réseaux de bénévoles maintenant le lien malgré la distance ;
- Dispositifs artistiques et rituels symboliques pour réintroduire du sens.

Ces expériences soulignent combien la santé mentale des aînés dépend d'un écosystème relationnel vivant plutôt que d'une addition de soins techniques.

## 3 Recommandations par types d'acteurs

### Recommandations aux services ministériels, ARS et collectivités

#### → Politique publique

- Inscrire le sujet de la santé mentale soit sous l'autorité du Premier ministre (compétence interministérielle), soit dans le champ de responsabilité du ministère des affaires sociales ayant un mandat et une autorité explicite pour mobiliser les ministères en charge du grand âge, de la santé, de la famille, des solidarités...
- Élaborer un Plan national « Santé mentale et grand âge », complétant le Plan « Santé mentale » 2025 et la Stratégie « Bien vieillir ».
- Intégrer la santé mentale dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des EHPAD à travers une meilleure prise en compte dans les modalités de financement des EHPAD des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques (qui nécessitent un accompagnement adapté).
- Soutenir financièrement la création et le fonctionnement d'équipes mobiles de gériopsychiatrie (EMGP) inscrites dans une filière structurée, au sein des territoires d'intervention (échelon départemental ou infra départemental).
- Reconnaître et financer des actions de prévention Santé Mentale.
- Reconnaître socialement et économiquement l'apport citoyen des actions de proximité (proches aidants, voisins, bénévolat...) avec des systèmes d'encouragement (dégagement du temps de travail, avantages sociaux, reconnaissance de trimestres retraite, avantages successoraux, diminution des cotisations mutuelles, etc...)
- Faire de « l'autodétermination » un principe intangible et une priorité dans les textes officiels (lois, circulaires) et les recommandations à destination des professionnels (HAS, CNSA, recommandations éthiques...)

5. L'autodétermination est définie comme « la possibilité de faire des choix et de prendre des décisions en accord avec ses préférences, ses valeurs et ses objectifs afin de déterminer le degré de contrôle qu'une personne souhaite avoir sur sa propre vie et en garder ou augmenter la qualité ». Wehmeyer M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 302-314.

- Multiplier l'attribution du label « Ville Amie des Aînés » aux municipalités les plus engagées dans la promotion des actions de proximité (une centaine de villes françaises : Rennes, Bordeaux...)
- Dupliquer le dispositif « Lyon Métropole Aidante » : guichet unique pour proposer une panoplie de ressources aux aidants en vue du maintien de la santé globale de leurs proches aidés.

## ➔ **Gouvernance territoriale**

- Encourager l'inclusion de volets « vieillissement et prévention du repli » dans les Projets Territoriaux et les Contrats Locaux de Santé Mentale (PTSM et CLSM).
- Financer des coordonnateurs territoriaux de lien social (nouvelle fonction inspirée du modèle canadien).
- Soutenir les pôles culture-santé, les projets d'art-thérapie et les initiatives intergénérationnelles.

## ➔ **Observation et évaluation**

- Créer un observatoire ou un baromètre national de la santé mentale des aînés, en lien avec Santé publique France et la CNSA.
- Mettre en place des indicateurs de bien-être psychique (satisfaction, sentiment d'utilité, participation sociale).
- Intégrer la santé mentale des professionnels dans les indicateurs de qualité de vie au travail (QVT).

## **Recommandations à destination des structures d'accueil pour personnes âgées (Ehpad, résidences autonomie, résidences services seniors..)**

### ➔ **Gouvernance et culture d'établissement**

- Désigner un référent « santé mentale et qualité de vie psychique » (infirmier, psychologue ou cadre) chargé de coordonner les initiatives de prévention.
- Intégrer la santé mentale comme axe spécifique du projet d'établissement et du rapport d'évaluation interne.
- Instituer des réunions mensuelles de régulation émotionnelle pour les équipes (type « groupe Balint » ou « supervision éthique »).
- Développer une charte du lien valorisant la parole, la créativité et la dignité des résidents et l'implication des proches dans les actions de la structure.

### ➔ **Ressources humaines et formation**

- Fixer un ratio minimal de psychologue à 1 ETP pour 60 résidents (au lieu de 0,2 en moyenne aujourd'hui).
- Former tous les professionnels (soignants, animateurs, agents hôteliers) à :
  - L'écoute active ;
  - La reconnaissance de la souffrance psychique ;
  - Les outils de repérage précoce de la dépression.
- Déployer des formations croisées avec bénévoles, CMP, EMSP et associations de terrain en particulier :
  - Les formations PSSM avec un volet santé des seniors ;
  - La nouvelle formation de Santé Mentale France à destination des seniors, sur une journée, à destination des soignants et des aidants.
- Former les professionnels au recueil et au respect de l'autodétermination (« Envie d'agir »). Cette compétence doit être mise en œuvre de façon effective et méthodique<sup>6</sup>.

6. Lire en ce sens Cercle Vulnérabilités et Société, Préserver le libre choix de la personne vulnérable, 2020

### « Envie d'Agir » (Groupe Évie – Mutualité Française)

Parcours de formation pour les professionnels du sanitaire et du médico-social à l'approche d'accompagnement de proximité d'inspiration psychoéducative permettant l'acquisition de nouvelles compétences pour développer des façons de faire innovantes dans l'accompagnement quotidien des personnes âgées et mieux soutenir leur pouvoir d'agir.

#### → Environnement et vie quotidienne

- Adapter tous les lieux de vie (EHPAD, résidences autonomie, habitat partagé, domicile...) par des mesures favorisant la préservation de la santé mentale : amélioration de la lumière, des repères temporels, des espaces de déambulation... (effet prouvé sur l'humeur et le sommeil).
- Favoriser des espaces de socialisation non prescriptifs : ateliers ouverts, coin café, jardinage, intergénérationnel.
- Créer un journal ou bulletin de vie co-écrit par résidents et personnels pour nourrir la mémoire collective et l'estime de soi.

#### → Coopérations extérieures

- Formaliser un partenariat avec le CMP de secteur (visite régulière d'un psychiatre, partage de situations) s'appuyant sur l'expertise et les ressources des partenaires.
- Développer et pérenniser les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM, PTSM 2) comme outils de coordination départementale, avec mobilisation particulière des filières « personnes âgées ».
- S'inscrire dans les Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM) et les dispositifs de coordination territoriale.
- Inviter les bénévoles associatifs aux réunions de synthèse sur la qualité de vie des résidents.

### Recommandations aux associations, réseaux bénévoles et aux bailleurs

#### → Formation et accompagnement

- Renforcer la formation initiale et continue des bénévoles à la santé mentale du grand âge (écoute, repérage, orientation).
- Mettre en place des supervisions collectives pour prévenir l'usure émotionnelle.

#### → Actions de terrain

- Déployer des groupes de parole thématiques (« perte, solitude, sens, mémoire ») ouverts aux résidents et aux aidants.
- Promouvoir des initiatives intergénérationnelles (lecture, musique, repas partagés). Ex : « Ce qui compte vraiment » (lycéens), « Make sense » (étudiants), etc<sup>7</sup>.
- Expérimenter des binômes soignant-bénévole pour renforcer la présence auprès des plus isolés.

#### → Reconnaissance et soutien des aidants

- Développer des espaces d'écoute et de répit psychologique dans les Maisons des Aidants et les CCAS.
- Proposer des formations brèves sur la communication bienveillante, la gestion de la fatigue morale et le repérage du repli.
- Favoriser la pair-aidance entre aidants pour rompre la solitude de ceux qui accompagnent.

7. <https://www.cequicompte vraiment.org>, <https://makesense.org>

## → Mobilisation citoyenne et voisinage

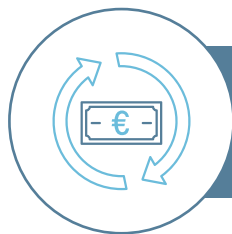
- Encourager la création de « réseaux de voisins solidaires du grand âge », à l'échelle d'un quartier ou d'un village. en s'inspirant des actions des réseaux Villes Amies des Aînés
- Intégrer la dimension psychique du vieillissement dans les programmes de santé communautaire.
- Valoriser les gestes simples (visites, échanges, écoute) comme autant d'actes de santé publique.

## → Plaidoyer et partenariat

- Participer activement aux conférences territoriales de santé mentale et aux réseaux gérontologiques.
- Documenter et diffuser les bonnes pratiques (vidéos, témoignages, fiches actions) pour inspirer d'autres structures.

### Trois pistes d'actions à court et moyen terme

HORIZON	ACTION CLÉ	OBJECTIF
6-12 MOIS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cartographier les coopérations locales entre EHPAD, CMP, associations et bénévoles</li><li>• Généralisation des Premiers Soins en Santé Mentale auprès de tous les opérateurs et acteurs de santé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les territoires déjà engagés</li><li>• Disposer d'un référent « Santé Mentale des Aînés » par territoire</li></ul>
1-2 ANS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lancer un Plan national « Santé mentale et grand âge » piloté conjointement par DGCS / DGOS / CNSA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Structurer la politique publique</li></ul>
3-5 ANS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Déployer dans chaque région un réseau territorial santé mentale du grand âge</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurer la pérennité et l'évaluation des actions</li></ul>



## ÉVALUER LES ACTIONS ET LES RETOURS SUR INVESTISSEMENT

Investir dans la santé mentale des personnes âgées, c'est activer un triple dividende — sanitaire, social et sociétal — avec un rendement humain supérieur à celui de n'importe quel programme curatif. C'est le prototype même d'un investissement à haut impact : faible coût, effets systémiques, et bénéfices diffus à long terme.

Vu l'importance sanitaire et les possibilités de rôle-modèle sur ce sujet, une évaluation systématique des actions devra être menée à un triple niveau :

- au niveau micro : effets sur la santé mentale des personnes âgées et de leurs proches ;
- au niveau intermédiaire : incidences sur l'organisation et l'efficacité des établissements et des réseaux et sur la vitalisation du tissu social ;
- au niveau macro : impacts sur le système sanitaire (cohérence et efficacité de l'action publique, réduction de la dépense publique) et sur la santé des professionnels de santé et du travail social.

En première approche et dans le cadre d'une nécessaire modélisation à poursuivre, on peut projeter les gains suivants :

### Gains sanitaires et humains

- ➔ Réduction des hospitalisations évitables : repérage précoce des glissements, dépressions ou troubles de l'adaptation —> baisse des passages aux urgences et des séjours longs.
- ➔ Diminution des polyopathologies liées au stress chronique (hypertension, troubles du sommeil, diabète, etc.).
- ➔ Allongement de la durée d'autonomie : retard du recours aux structures médicalisées, maintien à domicile prolongé.
- ➔ Amélioration du bien-être subjectif : regain de désir, de motivation et de sentiment d'utilité.

**Rendement espéré/identifiable à date : chaque euro investi en prévention de santé mentale peut éviter entre 3 et 6 € de dépenses curatives (ratio observé dans plusieurs études OCDE/OMS).**

### Gains sociaux et relationnels

- ➔ Renforcement du lien intergénérationnel : plus de transmission, de bénévolat, d'implication associative.
- ➔ Cohésion locale accrue : les aînés actifs participent à la vitalité du tissu social (quartiers, villages, associations).
- ➔ Réduction de l'isolement : moins de solitude, plus de vigilance partagée (sentinelles, voisins, commerçants).
- ➔ Moins de maltraitance : quand les proches et professionnels sont mieux formés, le risque de dérive chute.

**Rendement espéré / identifiable à date : une communauté « connectée » est plus stable, plus solidaire et coûte moins à gérer (moins d'interventions d'urgence sociale, moins de ruptures familiales).**

## Gains économiques et organisationnels

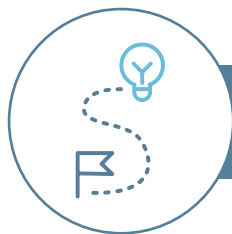
- Allègement de la charge pour le système de santé : moins de soins lourds, moins de crises, moins de réhospitalisations.
- Maintien d'une contribution économique indirecte : les personnes âgées actives soutiennent la garde d'enfants, le bénévolat, le mécénat local.
- Réduction du turnover et de l'épuisement professionnel des soignants et aides à domicile : moins d'arrêts maladie, meilleure attractivité.
- Optimisation des coûts publics : les dispositifs de prévention coûtent bien moins cher que la dépendance subie.

**Rendement global espéré/estimé : entre +25 et +40% de retour social sur investissement (SROI) sur 5 à 10 ans, selon les modèles territoriaux.**

## Gains symboliques et sociétaux

- Changement de paradigme : la vulnérabilité devient un levier de cohésion et non une charge.
- Valorisation du vieillissement actif : image sociale réhabilitée, attractivité renforcée des métiers du care.
- Effet d'entraînement inter-générationnel : ce qui fonctionne pour les aînés (prévention, pair-aidance, écologie du lien) inspire des politiques analogues pour les jeunes, les aidants, les salariés.

**Rendement espéré / identifié : un dividende d'exemplarité — la santé mentale des aînés devient un laboratoire de modèles transférables à d'autres populations.**



## CONCLUSION

### Retisser la santé mentale du grand âge : une responsabilité partagée

#### ① La santé mentale du grand âge est un pilier du bien vieillir

La longévité n'a de sens que si elle s'accompagne d'un sentiment de continuité et de dignité.

Or, le vieillissement psychique reste encore trop souvent invisibilisé. Les troubles dépressifs et le repli relationnel ne sont pas des fatalités : ils appellent des réponses de proximité, plurielles et coordonnées.

Préserver la santé mentale des aînés, c'est lutter contre l'indifférence sociale, la perte de sens et l'isolement — ces « maladies de civilisation » qui affaiblissent tout le corps social.

#### ② Le lien est un déterminant majeur de santé publique

Les études de l'OMS et de l'Inserm confirment que le lien social a un effet biologique protecteur équivalent à celui de l'activité physique. Chaque conversation bienveillante, chaque moment partagé, chaque regard échangé agit comme un antidépresseur naturel. La santé mentale des aînés repose donc sur une écologie du lien où EHPAD, associations, familles, collectivités et citoyens coopèrent pour entretenir un tissu relationnel vivant.

#### ③ La coopération intersectorielle est le levier décisif

Les dispositifs cloisonnés ne peuvent plus répondre à des souffrances transversales. C'est en croisant les compétences – gériatrie, psychiatrie, bénévolat, culture, politique locale – que l'on construit une santé mentale communautaire durable. Le modèle des territoires ressources montre que la proximité et la coordination produisent des effets mesurables : baisse des hospitalisations, renforcement du moral des équipes, sentiment d'appartenance retrouvé chez les résidents.

#### ④ Vers une éthique collective du « prendre soin psychique »

La santé mentale des personnes âgées ne se réduit pas à la prévention des troubles : elle engage une éthique du regard et de la présence. Elle suppose :

- une reconnaissance de la vulnérabilité comme richesse ;
- une politique de la considération où chaque acteur – du ministre au voisin – devient co-auteur du bien-être collectif ;
- une éducation du lien dès la formation initiale des soignants, travailleurs sociaux, bénévoles et élus.



## PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

---

*Par ordre alphabétique.*

- **Rajâa AARAF**A (Fondation de Rothschild)
- **Patricia BENTO** (Ordre de Malte France)
- **Richard CAPMARTIN** (RC Human Recruitment)
- **Pascal CHAMPVERT** (AD-PA)
- **Sébastien COULOMB** (FEHAP)
- **Hélène DELMOTTE** (France Alzheimer et maladies apparentées)
- **Samuel GALTIE** (VYV 3)
- **Tom GUÉDIN** (Fondation Partage et Vie)
- **Céline GRELIER** (HandiEM)
- **Lorène GILLY** (France Alzheimer et maladies apparentées)
- **Dr Eric KARIGER** (Maisons de Famille)
- **Dr. Amar LALMAS** (Fondation de Rothschild)
- **Sylvie LATTANZI** (Petits Frères des Pauvres)
- **Dr Leïla LAIFA-MARY** (BTP RMS)
- **Nathalie MATHIEU** (Malakoff Humanis)
- **Sabine NEDELEC** (Mutualité Française)
- **Dr Jacques Alexis N'KODO** (ERVMA, CHRU Tours)
- **Constance PAILLAUD** (Fondation de Rothschild)
- **Anne PASCAUD** (Mutualité Française)
- **Diane ROUBINOWITZ** (Mutualité Française)
- **Damien TOUCHARD** (Fondation de Rothschild)

## CO-RAPPORTEURS DE LA NOTE

---

- **Pr. Claude JEANDEL**, professeur de médecine interne et gériatrie, Fondation Partage et Vie
- **Tanguy CHÂTEL**, sociologue, cofondateur du Cercle V&S
- **Thierry CALVAT**, sociologue, cofondateur du Cercle V&S
- **Edouard de HENNEZEL**, président-fondateur du Cercle V&S

# BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE ET RESSOURCES DE RÉFÉRENCE

## INSTITUTIONS ET POLITIQUES PUBLIQUES

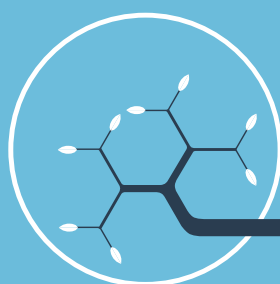
- ➔ Organisation mondiale de la santé (OMS) – *World Report on Ageing and Health (2015) ; Mental Health of Older Adults (2022)*
- ➔ Gouvernement Français – *Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement (2022)*
- ➔ Gouvernement Français – *Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années. Stratégie « bien vieillir » (2023)*
- ➔ Ministère des Solidarités et de la Santé – *La santé mentale : un enjeu de santé publique qui appelle une approche transversale et territorialisée (2025)*
- ➔ HAS (Haute Autorité de Santé) – *Repérage et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé en EHPAD (2023).*
- ➔ Santé publique France – *Bien vieillir (2025)*

## RECHERCHE, APPROCHES CLINIQUES ET ESSAIS

- ➔ Maisondieu, J. – *Le crépuscule du sujet. Vieillir et devenir soi-même : comprendre, pour Les Soigner, les personnes âgées dépendantes (Bayard, 1996)*
- ➔ Hennezel, M. de – *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller (Robert Laffont, 2008)*
- ➔ Frankl, V. – *Découvrir un sens à sa vie (J'ai Lu, 2013)*
- ➔ Erikson, E. H. – *The Life Cycle Completed (Norton, 1997)*
- ➔ CNRS / Inserm – *Études sur la prévention du déclin cognitif et le lien social (2019-2024)*
- ➔ De Saint Blancard T, Desnoes G, Saint Olive C – *Bonjour Vieillesse, quand le bien vieillir devient un projet (Ed. de l'Aube 2025)*
- ➔ Pelluchon C – *Ethique de la considération (Poche, 2021)*

## PRATIQUES ET INNOVATIONS SOCIALES

- ➔ SFAP – *Charte du bénévolat en soins palliatifs (2022)*
- ➔ Petits Frères des Pauvres – *3<sup>e</sup> baromètre de l'isolement des personnes âgées en France (2025)*
- ➔ Mutualité Française – *Voisins bienveillants : guide méthodologique pour les territoires (2022)*
- ➔ Fondation de France – *Initiatives solidaires intergénérationnelles (2021)*



# Cercle Vulnérabilités et Société

[www.vulnerabilites-societe.fr](http://www.vulnerabilites-societe.fr)

Contact : [team@vulnerabilites-societe.fr](mailto:team@vulnerabilites-societe.fr)

Suivez-nous sur   

Les structures membres du Cercle Vulnérabilités et Société, engagées dans la réflexion et l'action pour *convertir le potentiel des vulnérabilités en gisement de progrès social et économique !*

