



Théorie intégrative contextualisée de la communication en santé mentale

 Jean-Christophe KAMUTANGA et Marie-Noëlle KIMENYA MWANVUA*

* Assistants à l'UPN – R.D.Congo

Résumé

Dans un contexte où la santé mentale devient un enjeu majeur de santé publique, les stratégies de communication revêtent une importance cruciale. Cet article propose une conceptualisation rigoureuse de la théorie de la stratégie de communication en santé mentale, en croisant les apports des sciences de l'information et de la communication avec les approches en santé communautaire, psychologie sociale et sociologie de la réception. La santé mentale étant encore largement stigmatisée, il s'agit d'analyser les mécanismes par lesquels une stratégie communicationnelle peut influencer les représentations sociales, mobiliser les publics, renforcer les dispositifs de prévention et favoriser l'inclusion sociale des personnes concernées. Le texte présente une modélisation théorique des stratégies de communication en santé mentale autour de quatre dimensions fondamentales que sont les cibles et segments sociaux, les contenus informationnels et narratifs, les canaux et dispositifs de diffusion, et les effets recherchés – comportementaux, cognitifs, affectifs et sociaux. Il s'appuie sur l'analyse critique des campagnes de communication en santé mentale menées dans différents contextes – institutionnel, associatif, médiatique –, et propose des balises méthodologiques pour construire une stratégie efficace, éthique et contextualisée.

Mots-clés : Communication en santé mentale, Stratégie de communication, Communication sociale, Médias et santé, Empowerment, Prévention.

Abstract

In a global context where mental health has become a major public health concern, communicational strategies play a crucial role. This article presents a rigorous conceptualization of a theory of mental health communication strategy by integrating insights from information and communication sciences with approaches from community health, social psychology, and reception sociology. The goal is to contribute to the development of a theoretical and methodological framework that aligns with the complexity of mental health issues and the demands of effective public engagement.

Given that mental health remains a domain marked by significant stigma, it is crucial to examine how communication strategies can shape social representations, engage diverse audiences, strengthen prevention systems, and promote the social inclusion of affected individuals.

Mental health communication thus calls for a multidisciplinary approach capable of addressing both individual and collective dimensions of behavior and perception.

This article develops a theoretical model of mental health communicational strategies built around four key dimensions: Target audiences and social segments, Informational and narrative content, Channels and dissemination mechanisms; and Intended effects – behavioral, cognitive, emotional, and social.

This framework aims to provide an adaptable tool for analyzing and designing mental health communication that is context-sensitive and ethically grounded. The theoretical modeling is supported by a critical review of various mental health communication campaigns conducted in institutional non-profit, and media settings. Through this review, the article identifies common limitations and best practices that can guide the creation of communication strategies that are inclusive, Empowerment, and responsive to the needs of different communities.

Beyond the technical decisions, the article emphasizes the importance of ethical considerations, cultural sensitivity, and audience participation. It proposes methodological guidelines for developing strategies that go beyond mere information dissemination, aiming instead to foster dialogue, empathy, and social change.

By bridging theory and practice, this article contributes to the emergence of a comprehensive communicative approach capable of transforming mental health narratives and promoting public well-being. The Integrative Contextualized Theory (ICT) offers a pathway for rethinking how we engage individuals and communities in meaningful mental health discourse.

Keywords : Mental health communication, communication strategies, communication, media and health, Empowerment, prevention.

Introduction

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur, traversé par des dynamiques complexes, à la fois médicales, sociales, économiques, culturelles et communicationnelles.

Partout dans le monde, on observe une montée inquiétante des troubles psychiques, du genre dépression, anxiété, *burn-out*³, stress post-traumatique, troubles de l'humeur ou de l'adaptation, sans oublier les pathologies plus sévères comme les psychoses ou les troubles *bipolaires*⁴. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'un adulte sur huit vit actuellement avec un trouble mental dans le monde, un chiffre probablement sous-estimé en raison de la stigmatisation, de la sous-déclaration et des inégalités d'accès au diagnostic. Dans les sociétés occidentales, les données les plus récentes signalent une véritable « crise silencieuse » de la santé mentale, aggravée par les effets psychosociaux de la pandémie de Covid-19, par l'insécurité économique croissante, la déstructuration des liens sociaux ou encore l'ultra-connectivité numérique. Les chiffres de *Santé publique France*, par exemple, montrent une progression alarmante des épisodes dépressifs, en particulier chez les jeunes adultes et les femmes (Christophe Léon at. al, 2023, Pp. 28-40).

Cette « pandémie mentale » s'impose dès lors comme un problème public de première ampleur, nécessitant des réponses coordonnées, transdisciplinaires et systémiques. Pourtant, malgré l'ampleur de ces phénomènes, la communication institutionnelle et

sociale autour de la santé mentale reste largement déficiente. Elle souffre d'un double déficit structurel.

D'un côté, une communication institutionnelle encore trop normative, descendante et médical centrée; et de l'autre, une communication sociale dispersée, morcelée, souvent émotionnelle ou militante, manquant de cohérence stratégique. On constate ainsi une faiblesse structurelle de l'État et des acteurs publics à intégrer la santé mentale dans des politiques de communication globale, préventive et inclusive. Le discours public tend à osciller entre silences institutionnels, injonctions comportementalistes – « *prenez soin de vous* », « *parlez-en* » – et campagnes ponctuelles peu ancrées dans une stratégie de transformation des représentations sociales. De plus, la dimension communicationnelle des troubles psychiques est trop rarement pensée dans sa complexité, notamment dans sa dimension relationnelle, symbolique et narrative. Les logiques de stigmatisation, d'invisibilisation ou de sur-pathologisation persistent, affectant durablement la manière dont les publics perçoivent les troubles mentaux et ceux qui en souffrent. Comme l'indique Serge Paugam (2008, p.114), les personnes atteintes de troubles psychiques sont encore trop souvent perçues à travers le prisme du soupçon, de l'altérité radicale, ou de l'incapacité sociale. Il s'ensuit une forme de relégation qui complique l'accès aux soins, renforce les mécanismes d'auto-exclusion et affaiblit les politiques d'insertion et de prévention.

Face à ce constat, il apparaît urgent de penser une véritable théorie de la stratégie de communication en santé mentale, capable de dépasser les approches fragmentées et de proposer un cadre unifié, critique et opérationnel. Cette stratégie ne saurait se limiter à la simple diffusion d'informations sur les troubles ou les dispositifs de soins. Elle doit s'inscrire dans une logique systémique qui tienne compte à la fois des logiques institutionnelles, des représentations collectives, des émotions sociales, des pratiques médiatiques contemporaines, mais aussi des dynamiques identitaires et symboliques des personnes concernées. Elle doit également intégrer les enseignements des sciences sociales sur la santé, notamment les travaux en sociologie de la réception, en psychologie sociale, en anthropologie de la maladie et en communication publique.

Philippe Breton (1997, p.56) souligne à ce propos qu'une communication véritablement démocratique ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la parole empêchée, sur les conditions de production du discours et sur les inégalités d'accès à l'expression. Appliquée à la santé mentale, cette réflexion suppose d'interroger les régimes de parole autorisés, les narrations dominantes, les alliances symboliques entre les acteurs et les imaginaires sociaux dans lesquels s'inscrit la figure du « malade psychique ».

L'objectif de cet article est précisément de proposer les fondements d'une théorie de la stratégie de communication en santé mentale, construite à partir d'une approche à la fois systémique, critique et pragmatique. Systémique, car elle envisage les communications comme des éléments interdépendants au sein d'un écosystème informationnel, relationnel et institutionnel. Critique, parce qu'elle vise à déconstruire les évidences normatives, les discours dominants et les logiques de pouvoir qui structurent la prise de parole publique sur la santé mentale. Pratique enfin, car elle ambitionne de fournir un modèle opérationnel d'action communicationnelle capable d'éclairer les choix

stratégiques des institutions, des associations, des professionnels de santé et des personnes concernées. En articulant analyse théorique et perspectives applicatives, cette contribution entend combler une lacune dans la littérature scientifique en proposant une modélisation intégrée des logiques de ciblage, de segmentation des publics, de narration, de choix des canaux et de dispositifs de feedback, ainsi que des objectifs et des critères d'évaluation de la communication en santé mentale.

Santé mentale et communication

La compréhension de la théorie de la stratégie de communication en santé mentale repose avant tout sur l'articulation rigoureuse de deux notions fondamentales : la santé mentale, d'une part, et la communication en santé, d'autre part. En effet, toute réflexion stratégique dans ce champ suppose une saisie parfaite des enjeux cliniques, sociaux et culturels propres à la santé mentale, laquelle ne se limite pas à l'absence de troubles, mais renvoie à un état de bien-être psychique, d'équilibre émotionnel et de capacité à affronter les difficultés de la vie (OMS, 2004, p.10). Dans le même temps, la communication en santé constitue un domaine d'action et de recherche structuré, qui vise à informer, mobiliser, prévenir et transformer les comportements et les représentations sociales en matière de santé, en intégrant les logiques culturelles, les déterminants sociaux et les interactions symboliques (Catherine Mercier et France Gagnon, 2014, p. 17.). C'est à l'intersection de ces deux univers – clinique et communicationnel – que se construit une approche stratégique, à la fois réflexive, éthique et opératoire, propre à accompagner les mutations actuelles des politiques de santé mentale et à soutenir la dignité, l'autonomie et la participation des personnes concernées.

Santé mentale

La santé mentale se présente aujourd'hui comme un enjeu crucial de santé publique, non seulement par l'ampleur considérable des troubles psychiques qu'elle englobe, mais aussi en raison de leurs répercussions systémiques profondes sur les individus, les communautés et les économies à l'échelle mondiale. L'OMS (2022, p.8) a souligné que, dès 2019, plus de 970 millions de personnes à travers le globe étaient affectées par des troubles mentaux, soit près d'une personne sur huit.

Parmi ces affections, la dépression, les troubles anxieux, les troubles bipolaires et la schizophrénie figurent parmi les diagnostics les plus prévalent, illustrant la diversité et la complexité des pathologies qui composent ce champ. Cette situation, déjà préoccupante, a été exacerbée par la pandémie de Covid-19, qui a engendré une augmentation d'environ 25% des cas de troubles anxieux et dépressifs à l'échelle mondiale, un phénomène qui révèle à la fois la vulnérabilité psychosociale exacerbée en période de crise sanitaire et la nécessité d'un renforcement des dispositifs d'accompagnement (OMS, 2022, p.8).

Au niveau européen, l'impact de ces troubles s'avère particulièrement lourd, tant sur le plan économique que social. En France, par exemple, les troubles psychiques représentent aujourd'hui la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans, un

constat qui témoigne de leur gravité et de leur prévalence au sein des populations actives (Jean-Pierre Olié et Marion Leboyer, 2017, p. 27). Sur le plan financier, ces troubles accaparent plus de 23 % des dépenses totales de l'Assurance maladie, un pourcentage supérieur à celui alloué au traitement des cancers ou des maladies cardiovasculaires, ce qui souligne leur poids déterminant dans les politiques de santé publique. Cette réalité souligne également les limites d'une approche exclusivement biomédicale ou clinique, souvent centrée sur la prise en charge individuelle. En effet, la santé mentale ne peut être pleinement appréhendée qu'en la considérant comme un phénomène multifactoriel et intersectoriel, qui engage de manière indissociable des sphères éducatives, professionnelles, sociales, familiales, culturelles et économiques.

Ainsi, la problématique de la santé mentale appelle à une compréhension systémique, intégrant la complexité des interactions entre facteurs individuels, environnementaux et institutionnels.

Cette approche systémique est essentielle pour concevoir des politiques publiques efficaces qui dépassent la seule dimension thérapeutique, en intégrant notamment la prévention, la promotion du bien-être, la lutte contre la stigmatisation et l'inclusion sociale. Dans cette perspective, la communication apparaît comme un levier stratégique fondamental, bien que trop souvent sous-estimé ou marginalisé. En effet, la communication joue un rôle clé dans la construction des représentations sociales de la santé mentale, dans la transmission des savoirs, dans la médiation des relations entre usagers et professionnels, ainsi que dans la mobilisation des ressources institutionnelles et communautaires. La reconnaissance de la communication comme un outil structurant des politiques et pratiques en santé mentale est indispensable pour favoriser une meilleure adhésion des publics, une sensibilisation accrue, ainsi qu'une co-construction plus démocratique des réponses adaptées aux besoins diversifiés des populations concernées.

En un mot, la santé mentale, en tant que défi majeur de santé publique mondiale, impose une reconfiguration des paradigmes habituels, qui doivent intégrer la dimension systémique des troubles et la transversalité des réponses à y apporter. La communication stratégique se présente ainsi non seulement comme un vecteur d'information, mais aussi comme un catalyseur de transformation sociale, culturelle et institutionnelle. L'efficacité des actions en santé mentale repose désormais sur une intégration renouvelée de ces dynamiques communicationnelles, à même de soutenir une démarche holistique et inclusive, fondée sur la reconnaissance des expériences subjectives et sur la valorisation des ressources collectives.

2. Communication en santé

La communication en santé, bien qu'elle soit reconnue comme un levier important dans les politiques publiques de prévention et de promotion de la santé, demeure une fonction stratégique encore largement sous-développée, notamment dans le champ spécifique de la santé mentale. Depuis plusieurs décennies, les dispositifs institutionnels ont intégré les dimensions fondamentales telles que la prévention, l'éducation à la santé, ainsi que la promotion de comportements protecteurs auprès des populations. Toutefois, la

communication y est fréquemment cantonnée à un rôle instrumental ou réduit à une simple transmission d'informations factuelles et médicalement validées, ce qui limite considérablement son potentiel transformateur et mobilisateur.

Cette situation appelle à une distinction rigoureuse entre trois niveaux d'action communicationnelle, qui ne se superposent pas mécaniquement mais constituent un continuum aux finalités et méthodes distinctes.

Premièrement, l'*information* consiste à transmettre des données objectives, scientifiquement validées, relatives à la santé. Elle vise essentiellement à éclairer les publics sur des faits, des recommandations ou des résultats de recherche, en s'appuyant sur une rationalité médicale et scientifique. Deuxièmement, la *sensibilisation* a pour ambition de modifier les perceptions, les attitudes et les comportements en agissant sur les représentations sociales, c'est-à-dire sur l'ensemble des croyances, normes et valeurs qui structurent la compréhension collective de la santé et des maladies. Enfin, la *mobilisation* cible l'engagement durable des individus et des collectifs, en construisant des dynamiques participatives, en favorisant l'appropriation des messages et en encourageant des actions concertées à long terme.

Cette gradation, théorisée dans les sciences de la communication et de la santé, prend une dimension d'autant plus critique dans le domaine de la santé mentale (Dominique Wolton, 2007, p. 112). En effet, les simples messages informatifs s'avèrent largement insuffisants pour déconstruire les stéréotypes profondément enracinés, pour lutter contre la stigmatisation et pour inciter les personnes concernées à recourir aux dispositifs de soins. Comme le souligne Philippe Breton, « *la communication est une construction du sens et non une simple diffusion d'informations* » (Philippe Breton, 1997, p. 45) Cette perspective met en exergue la dimension *dialogique* et *performative* de la communication, qui dépasse largement le paradigme *transmissionniste* traditionnel.

L'absence d'une approche stratégique, ciblée et scientifiquement fondée de la communication en santé mentale constitue donc une lacune majeure des politiques publiques contemporaines. La communication dans ce domaine se heurte à des résistances culturelles puissantes, tels que les tabous ancestraux autour des troubles psychiques, les peurs associées à la folie et à la perte de contrôle, la méconnaissance des symptômes et des ressources disponibles. Ces résistances sont bien plus complexes que dans le champ des *pathologies somatiques*, car elles s'inscrivent dans des logiques sociales, historiques et symboliques spécifiques, que montrent les travaux de Goffman sur la stigmatisation (Erving Goffman, 1975, p. 23). Par ailleurs, les troubles psychiques souffrent d'une double invisibilité, à la fois dans le corps social, où ils sont souvent ignorés ou marginalisés, et dans les discours publics, où ils sont fréquemment tus ou déformés. Cette double invisibilité accentue les difficultés communicationnelles, non seulement en termes de contenu mais surtout en ce qui concerne les conditions mêmes de possibilité d'un discours sur la santé mentale. La spécificité communicationnelle de la santé mentale ne réside donc pas uniquement dans la nature des informations à transmettre, mais surtout dans la nécessité de penser des formes de discours qui soient capables d'outiller, de destigmatiser et de favoriser l'expression d'expériences subjectives souvent douloureuses, invisibilisées ou incomprises. Cela implique une

transformation radicale des approches communicationnelles, en y intégrant les dimensions éthiques, psychosociales et culturelles, ainsi que la reconnaissance de la pluralité des voix et des récits. Cette exigence rejoint les appels contemporains à une communication plus inclusive, réflexive et démocratique dans le domaine de la santé mentale, susceptible de faire émerger des dialogues authentiques et réparateurs.

Spécificités communicationnelles de la santé mentale

Les spécificités communicationnelles de la santé mentale s'inscrivent dans un contexte singulier qui impose une approche stratégique différenciée, en raison de la complexité inhérente à ce champ. Trois caractéristiques majeures contribuent à cette particularité et méritent un examen approfondi.

Premièrement, *l'invisibilité des troubles mentaux et l'absence de signes manifestes* constituent un défi fondamental pour la communication dans ce domaine. Contrairement aux affections somatiques dont les manifestations physiques peuvent être objectivement observées et mesurées, les troubles psychiques demeurent souvent imperceptibles à l'œil nu. Cette invisibilité symptomatique n'est pas simplement une difficulté clinique, mais également un obstacle majeur à la reconnaissance sociale et à la légitimation des souffrances vécues. Le psychisme pathologique est fréquemment interprété comme une faiblesse morale ou une déficience de volonté, voire comme une pathologie intime, difficile à verbaliser et à exposer dans le champ public. David Le Breton (2023, p.65) souligne avec justesse à ce sujet, que « *le trouble psychique engage la peau et la trace des blessures de soi, mais il échappe souvent à la visibilité corporelle* ». Cette invisibilité requiert une communication capable de traduire l'invisible, de rendre perceptible ce qui échappe aux sens ordinaires, et de porter une parole qui, sans support tangible, puisse témoigner de la réalité subjective de la souffrance mentale. Cette dimension soulève la nécessité d'une médiation symbolique sophistiquée, où la communication doit s'appuyer sur des dispositifs sensibles et créatifs pour pallier l'absence de signes palpables, ce qui implique une expertise communicationnelle spécifique et adaptée aux particularités du champ psychique.

Deuxièmement, *les représentations sociales négatives et la stigmatisation* qui affectent les troubles mentaux constituent un obstacle majeur à la communication. Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la psychiatrie et des politiques publiques, les représentations sociales restent marquées par la méfiance, la peur et le rejet. Une enquête récente, menée par Ipsos en 2022 pour la *Fondation Fonda Mental*, révèle que près de la moitié des Français considèrent encore qu'une personne souffrant de *schizophrénie* représente un danger. Ces représentations archaïques, souvent renforcées et amplifiées par les médias grand public, entretiennent un lien erroné entre maladie mentale et violence, particulièrement visible dans la couverture sensationnaliste des faits divers impliquant des personnes souffrant de troubles psychiques. Gérard Dubey et Régis Meyran (2019, p. 132) rappellent pertinemment que « *la stigmatisation est à la fois un produit communicationnel et un reflet des constructions culturelles dominantes* ». Cette stigmatisation, en tant que processus social et communicationnel, nécessite donc des dispositifs narratifs et médiatiques innovants et réfléchis, qui favorisent non seulement la déconstruction des préjugés, mais aussi la promotion de

l'identification empathique et de la reconnaissance de l'altérité psychique. Ainsi, la communication doit être envisagée comme un levier politique et culturel essentiel pour transformer les imaginaires collectifs et promouvoir des discours plus justes, inclusifs et humanisants.

Enfin, la troisième spécificité communicationnelle réside dans *le rôle central du besoin de narration, de témoignages et de formes empathiques dans la prise de parole en santé mentale*.

Dans un contexte marqué par l'invisibilité et la stigmatisation, le récit personnel s'impose comme un outil stratégique de désinvisibilisation et d'humanisation. Paul Ricoeur (1990, p. 193) a démontré que le récit constitue un mode privilégié de structuration de l'expérience vécue et d'intelligibilité pour autrui, car il organise le chaos du vécu en une trame cohérente, accessible et partagée.

Ainsi, les récits de patients, d'aidants ou de professionnels ne sont pas de simples témoignages affectifs ou anecdotiques, mais des vecteurs puissants de reconnaissance mutuelle et de transformation sociale. Ces formes narratives participent activement à la reconfiguration des représentations sociales en offrant une fenêtre sur la subjectivité et en réintroduisant la complexité humaine dans des discours souvent réduits à des stéréotypes. Une stratégie de communication efficace en santé mentale doit donc impérativement intégrer ces dimensions narratives, en valorisant des espaces d'expression qui favorisent la parole authentique, l'écoute empathique et la co-construction de sens.

On peut donc retenir que la communication en santé mentale exige une approche différenciée, sensible à l'invisibilité des troubles, aux stigmatisations persistantes et à la puissance des récits comme outils de reconnaissance et de changement. Cette triple spécificité impose de repenser la communication comme un acte à la fois technique, éthique et politique, capable de rendre visible ce qui demeure souvent occulté, de déconstruire les préjugés et de promouvoir une parole plurielle, inclusive et respectueuse des vécus individuels.

Fondements théoriques d'une stratégie de communication en santé mentale

Dans un contexte où la santé mentale s'impose comme un enjeu sanitaire, social et politique majeur, la mise en place de stratégies de communication adaptées devient essentielle pour accompagner les mutations des perceptions collectives, améliorer l'accès aux soins, lutter contre la stigmatisation et renforcer la participation des usagers aux dynamiques de soins. Cette nécessité appelle une réflexion théorique rigoureuse sur les fondements d'une stratégie de communication spécifiquement pensée pour le champ de la santé mentale. Cette réflexion exige de croiser les approches stratégiques classiques de la communication avec les paradigmes critiques, socio-cognitifs et interactionnels issus des sciences humaines et sociales.

- **Définition et caractéristiques générales de la stratégie de communication**

La stratégie de communication, dans son acception générale, se définit comme un ensemble structuré et coordonné d'actions, de messages et de dispositifs visant à atteindre des objectifs préalablement définis, en mobilisant des moyens adaptés, en identifiant précisément les publics cibles, et en mettant en place des mécanismes d'évaluation permettant d'ajuster et d'optimiser la démarche. Cette approche stratégique dépasse largement le cadre d'une action de communication isolée ou ponctuelle, pour s'inscrire dans une dynamique planifiée, cohérente et durable. Elle implique une réflexion approfondie sur les finalités poursuivies, sur les conditions de réception des messages, ainsi que sur l'environnement contextuel, institutionnel et socioculturel dans lequel elle s'inscrit.

Patrick Charaudeau et Dominique Maingueneau (2002, p.408) soulignent que « *la stratégie repose sur une intentionnalité et une anticipation, qui doivent tenir compte à la fois des visées de l'émetteur et des effets potentiels sur le récepteur* ». Cette définition met en lumière la double dimension pragmatique et réflexive de la stratégie de communication, laquelle engage une forme de prévision et d'ajustement en fonction des possibles réactions des destinataires, sans jamais perdre de vue les objectifs initiaux de l'émetteur.

Dans le champ spécifique de la santé mentale, ces dimensions stratégiques acquièrent une importance et une complexité accrues, en raison de plusieurs facteurs intrinsèques. Premièrement, la *fragilité perçue* — mais aussi *réelle* — des publics concernés impose une vigilance accrue sur les modalités de transmission des messages, afin d'éviter les effets stigmatisant, anxiogènes ou discriminatoires. Deuxièmement, la *santé mentale est porteuse de représentations sociales très variées*, souvent conflictuelles, mêlant savoirs scientifiques, croyances populaires et discours médiatiques, ce qui complexifie la réception et l'interprétation des messages. Enfin, la communication en santé mentale doit *conjuguer des niveaux d'intervention très différents*, notamment la communication *institutionnelle* vers le grand public, la communication *communautaire* visant à mobiliser les réseaux de soutien, et la communication *interpersonnelle* au cœur des relations thérapeutiques. Chacun de ces niveaux requiert des approches spécifiques, une adaptation bien pensée des messages et des dispositifs, ainsi qu'une articulation cohérente entre les stratégies déployées.

De plus, il convient de souligner que la stratégie de communication en santé mentale s'inscrit dans un contexte marqué par des *enjeux éthiques forts*, notamment en matière de respect de la confidentialité, d'autonomie des personnes concernées et de reconnaissance de leur parole.

Françoise Dorléac (2015, p.172) rappelle que « *la communication dans le champ sanitaire et social ne peut se réduire à un simple outil d'information, mais doit intégrer une dimension déontologique majeure* ». Cette exigence éthique oriente la construction des stratégies, qui doivent être sensibles aux vulnérabilités, inclusives et favoriser l'*empowerment* des personnes, plutôt que de les réduire à des objets passifs de communication.

Ainsi, la stratégie de communication en santé mentale apparaît comme un processus complexe, multidimensionnel, articulant des *logiques organisationnelles, relationnelles* et *symboliques*. Elle exige une compréhension exacte des contextes socioculturels, une capacité à gérer la pluralité des acteurs et des discours, ainsi qu'une anticipation des effets à court, moyen et long terme. C'est cette richesse et cette complexité que la théorie de la stratégie de communication en santé mentale cherche à intégrer et à formaliser, afin de proposer des cadres conceptuels et opérationnels pertinents pour la recherche, la pratique et la formation dans ce domaine.

- **Communication persuasive et communication dialogique**

Deux formes fondamentales de communication coexistent dans toute stratégie. D'une part, la communication *persuasive*, fondée sur l'objectif de convaincre, de modeler les représentations ou d'induire des comportements prédéterminés ; et d'autre part, la communication *dialogique*, orientée vers la co-construction du sens dans un cadre d'interaction ouverte, symétrique et réflexive. Si ces deux logiques ne s'excluent pas nécessairement, elles traduisent des postures fondamentalement différentes en matière de rapports à l'altérité, à la parole et au pouvoir symbolique.

La *communication persuasive*, historiquement dominante dans les politiques publiques de santé, s'inscrit dans une logique descendante et normative. Elle repose sur une conception technocratique de la transmission de l'information, fondée sur l'idée que les experts détiennent un savoir légitime qu'il conviendrait de transmettre aux profanes dans une finalité d'éducation, de prévention ou de régulation comportementale. Cette approche, souvent ancrée dans les modèles biomédicaux classiques, tend à réduire les destinataires des messages à des récepteurs passifs, sans reconnaissance véritable de leur capacité d'interprétation, de réappropriation ou de résistance (Dominique Wolton, 1997, p. 214).

À l'inverse, la *communication dialogique* repose sur une vision profondément renouvelée des dynamiques communicationnelles. Elle reconnaît que tout acte de communication est une relation de sens en co-construction, engageant des sujets dotés de rationalités, de vécus, de cultures et d'identités propres. Cette forme de communication implique un renversement paradigmatique, car il ne s'agit plus simplement d'« *informer pour transformer* », mais de « *créer les conditions d'un dialogue égalitaire* », où les savoirs experts et les savoirs profanes s'articulent dans une logique d'intelligence collective. Elle suppose de ce fait l'instauration d'espaces de parole, de médiation et de réflexivité, où la reconnaissance mutuelle fonde la possibilité même de toute transformation partagée.

Dans le champ de la santé mentale, cette approche *dialogique* s'avère particulièrement nécessaire, tant les enjeux de subjectivité, de vulnérabilité et de stigmatisation y sont prégnants. Elle s'inscrit dans une perspective d'*empowerment*, qui consiste à renforcer la capacité des personnes concernées à être actrices de leur propre parcours de soin et de vie. Le développement de la démocratie sanitaire, la montée des mouvements de pairs-aidants, ou encore la reconnaissance des droits des usagers en santé mentale, traduisent cette évolution vers une communication plus horizontale, éthique et inclusive.

Le soulignant avec justesse, Bernard Miège (1997, p.102) explique que « *la communication ne peut être réduite à une logique instrumentale ; elle est également un processus symbolique qui suppose connaissance et interaction* ». Cette assertion prend tout son sens dans le contexte psychiatrique, où l'enjeu ne se limite pas à transmettre une information médicale, mais bien à instaurer un lien, à rendre audible la parole de l'autre, à reconnaître la légitimité de son expérience et à faire émerger des significations partagées dans des contextes souvent marqués par la souffrance, l'incompréhension ou la rupture du lien social.

La stratégie de communication en santé mentale, dès lors, ne saurait se réduire à des campagnes de sensibilisation ou à des dispositifs de transmission unilatérale. Elle doit intégrer des modalités concrètes d'écoute active, de reconnaissance des savoirs expérientiels et de médiation interculturelle. Il s'agit de développer des formats innovants, tels que les groupes de parole, les forums citoyens, les consultations participatives, les ateliers narratifs, etc., qui permettent aux individus et aux communautés de participer pleinement à la définition des enjeux, des priorités et des modalités d'intervention. Dans cette optique, la communication devient un levier d'émancipation, de résilience et de recomposition identitaire, à condition bien sûr qu'elle soit pensée comme une pratique éthique, située et contextualisée, et non comme un simple outil au service d'une rationalité instrumentale.

- **Modèles théoriques mobilisables pour penser la stratégie de communication**

Dans une approche stratégique de la communication en santé mentale, il est fondamental de s'appuyer sur des modèles théoriques robustes, à même de rendre compte de la complexité des interactions symboliques, sociales, culturelles et institutionnelles impliquées. Les modèles classiques, bien qu'ayant été parfois contestés pour leur simplicité ou leur caractère daté, peuvent être réinvestis à la lumière des exigences contemporaines de réflexivité, d'inclusion et d'interprétation pluraliste. À cet égard, plusieurs cadres théoriques offrent une grille d'analyse particulièrement fertile pour penser, structurer et évaluer les logiques communicationnelles dans le champ de la santé mentale.

Modèle de communication de Harold D. Lasswell revisité

Le modèle fondateur de Harold D. Lasswell (1948, p.38) qui posait la célèbre équation : « *Qui dit quoi, à qui, par quel canal, avec quel effet ?* », demeure un outil analytique opératoire pour explorer les stratégies de communication institutionnelles, à condition d'en dépasser la linéarité originelle.

Initialement conçu dans une optique *behavioriste* et *médiacentrique*, ce modèle peut être actualisé en y intégrant les apports de la pragmatique de la communication, des logiques d'interprétation différenciées, ainsi que des boucles de rétroaction (*feedbacks*), qui permettent de penser la communication comme un processus itératif et co-construit. Dans le domaine de la santé mentale, ce modèle enrichi permet de cartographier les flux de communication entre institutions, patients, familles, professionnels et médias, tout en

analysant les effets réels – comportementaux et émotionnels – et symboliques – identitaires et sociaux – des messages diffusés.

Théorie de la réception active de Stuart Hall

Les travaux du *Centre for Contemporary Cultural Studies* de Birmingham, sous l'impulsion de Stuart Hall (1980, p.21) ont profondément renouvelé les théories de la communication en insistant sur la capacité active des publics à décoder les messages médiatiques. Dans *Encoding/Decoding*, Stuart Hall démontre que la signification d'un message n'est jamais univoque, mais dépend de la capacité d'interprétation des récepteurs, qui peuvent adopter une lecture dominante, négociée ou oppositionnelle. Appliquée à la santé mentale, cette approche souligne que les messages institutionnels ne sont jamais reçus uniformément, car les patients, leurs familles ou les citoyens peuvent les interpréter en fonction de leurs référents culturels, de leurs expériences vécues ou de leurs positions sociales. La prise en compte de cette pluralité de lectures est essentielle pour concevoir des messages véritablement accessibles, respectueux des diversités et capables de susciter une adhésion critique plutôt qu'une acceptation passive.

Approche socio-cognitive d'Albert Bandura

La *théorie socio-cognitive* formulée par Albert Bandura (1986, p. 117) repose sur une articulation dynamique entre cognition, environnement social et comportements. L'un des apports majeurs de cette théorie est la mise en évidence de l'apprentissage par observation – et donc la modélisation – et de l'importance des renforcements symboliques dans la modification des attitudes et des conduites. Dans le contexte de la santé mentale, cette approche justifie pleinement l'utilisation de récits de rétablissement, de témoignages d'usagers, de figures inspirantes, ou encore de campagnes valorisant les ressources des personnes vivant avec des troubles psychiques. De telles stratégies permettent non seulement de transformer les représentations sociales de la santé mentale, mais aussi de lutter contre l'auto-stigmatisation en proposant des modèles positifs d'identification, renforçant ainsi l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité des personnes concernées.

La théorie de l'agir communicationnel de Jürgen Habermas

La *théorie de l'agir communicationnel*, développée par Jürgen Habermas (1987, p.90) constitue un cadre théorique de haute portée normative pour penser la communication dans une perspective éthique et délibérative. Pour Habermas, la communication véritable se fonde sur des interactions orientées vers l'entente, dans lesquelles les interlocuteurs sont considérés comme égaux et libres de faire valoir leurs arguments. L'idée d'un consensus rationnel, obtenu par la discussion non contrainte, invite à concevoir des dispositifs de communication en santé mentale qui favorisent la participation active des usagers, la transparence des décisions et l'ouverture à la critique. Cela suppose de rompre avec les modèles paternalistes, hiérarchiques ou technocratiques qui ont longtemps dominé le champ psychiatrique, et de promouvoir une éthique de la parole partagée, dans laquelle les personnes concernées ne sont pas seulement informées, mais reconnues comme des sujets dialogiques capables de contribuer à la définition de

leur propre parcours de soin. Cette orientation rejoint les approches contemporaines de démocratie sanitaire et de participation citoyenne en santé.

Disons donc que chacun de ces modèles théoriques offre une perspective complémentaire. Tandis que Lasswell permet de structurer l'analyse des messages selon une logique systémique, Hall invite à penser la réception comme un processus interprétatif et conflictuel ; Bandura met en lumière les mécanismes motivationnels et comportementaux à l'œuvre dans la communication persuasive ; et Habermas engage à penser l'agir communicationnel dans une perspective normative fondée sur la reconnaissance mutuelle et la rationalité discursive. Ensemble, ces modèles permettent de construire une stratégie de communication en santé mentale à la fois efficace, éthique et socialement située.

a) Vers une théorie intégrative contextualisée de la communication en santé mentale

Face à l'intrication croissante des dimensions sociales, culturelles, institutionnelles et individuelles de la santé mentale, il devient nécessaire de proposer une *théorie intégrative contextualisée de la communication* dans le champ de la santé mentale. Une telle théorie ne se limite pas à juxtaposer des pratiques ou des logiques, mais vise à articuler, dans une dynamique systémique, les différents niveaux d'intervention communicationnelle, notamment *public*, *communautaire* et *interpersonnel*. Elle ambitionne ainsi de construire une compréhension élargie et située des communications en santé mentale, en intégrant les contextes sociétaux, les enjeux éthiques, les déterminants culturels et les régimes de pouvoir.

1. Communication publique

La *communication publique*, première composante de cette architecture théorique, désigne l'ensemble des messages, des dispositifs et des campagnes émis par les institutions sanitaires qu'elles soient étatiques, hospitalières ou territoriales – à destination de l'ensemble de la population.

Elle a pour vocation d'informer sur les dispositifs existants, de sensibiliser à la santé mentale, de prévenir les risques psycho-sociaux et de mobiliser les citoyens autour de causes collectives. Cette communication s'inscrit dans une logique de santé publique fondée sur la promotion du bien-être, la réduction de la stigmatisation et l'incitation au recours aux soins. Cependant le risque est tel qu'elle peut aussi, paradoxalement, renforcer certaines représentations pathologisantes ou nourrir des effets de distanciation symbolique entre les institutions et les publics (Bernard Miège, 2000, p. 97). C'est pourquoi une théorie intégrative suppose de repenser les modalités discursives et les supports mobilisés, en valorisant la lisibilité, l'accessibilité, la transparence, mais aussi la dimension dialogique des messages publics.

2. Communication communautaire

La *communication communautaire* constitue le second pilier de cette approche. Elle se fonde sur la proximité, l'implication des acteurs locaux – professionnels de santé, travailleurs sociaux, médiateurs, élus, etc. – et la participation active des usagers et de

leurs collectifs. Inscrite dans des dynamiques de territoire et de co-construction, elle s'attache à développer des messages culturellement ajustés, prenant en compte les représentations sociales de la santé mentale, les langues, les normes, les croyances et les vulnérabilités spécifiques à chaque communauté. En ce sens, elle s'apparente à une communication interculturelle ancrée, apte à soutenir des processus d'*empowerment*, de solidarité et de reconnaissance mutuelle (Florence Aubenas et Miguel Benasayag, 2002, p. 81).

Elle est également stratégique pour prévenir les ruptures de parcours, renforcer la médiation entre institutions et publics, et revaloriser l'expérience des usagers comme ressource de transformation collective.

3. Communication interpersonnelle

La *communication interpersonnelle*, enfin, est la plus intime, mais sans doute la plus décisive, car elle se joue dans l'espace micro des relations thérapeutiques, éducatives ou d'accompagnement. Elle implique une écoute active, une attention au langage verbal et non verbal, une prise en compte des asymétries relationnelles et des vulnérabilités psychiques. Elle engage l'authenticité de la relation soignante, la capacité d'alliance entre professionnels et usagers, et la construction d'un cadre sécurisant et respectueux. Cette dimension interpersonnelle est aussi celle où se joue, au plus près, la reconnaissance du sujet, dans sa souffrance, son récit, son identité (Carl Rogers, 1996, p. 153). Il s'agit là d'un espace éminemment éthique, qui nécessite des compétences relationnelles spécifiques et une réflexivité constante sur les conditions de l'échange.

4. Communication préventive et communication de crise

Mais cette tripartition ne saurait suffire. Une *théorie intégrative contextualisée* doit aussi inclure deux dimensions transversales et critiques. D'une part, la *communication de crise*, mobilisée dans les situations de forte instabilité symbolique ou émotionnelle – suicides médiatisés, agressions dans les établissements psychiatriques, controverses institutionnelles – qui exigent une réponse rapide, cohérente et humaine. D'autre part, la *communication préventive*, qui s'inscrit dans le temps long et vise à transformer les représentations sociales de la santé mentale, à promouvoir une culture du bien-être psychique, et à encourager les comportements de recours précoce et de soutien mutuel.

Ces dimensions – *publique, communautaire, interpersonnelle*, mais aussi *préventive et de crise* – ne doivent pas être appréhendées comme des sphères disjointes ou cloisonnées. Au contraire, elles se renforcent mutuellement dans une vision holistique et éthique de la communication en santé mentale. Une campagne publique ne peut être efficace que si elle est relayée localement dans des dispositifs communautaires adaptés, et si elle trouve des échos dans les relations interpersonnelles de soin. De même, une crise institutionnelle ne peut être gérée adéquatement que si les acteurs sont formés à la communication sensible, si les relais communautaires sont impliqués, et si la parole des personnes concernées est prise en compte dans une logique de réparation symbolique. L'intégration de ces niveaux dans une stratégie globale repose ainsi sur une conception systémique de la communication, qui conçoit les échanges non comme des actes isolés,

mais comme des processus imbriqués, interactifs et porteurs de sens dans des environnements en tension.

Ainsi, une *théorie intégrative contextualisée de la communication en santé mentale* ne se limite pas à décrire les types de communication existants ; elle propose une lecture articulée, critique et opérationnelle des pratiques communicationnelles, ancrée dans les réalités sociales, institutionnelles et subjectives du champ. Elle constitue un levier puissant pour une transformation éthique des rapports à la santé mentale, à la parole des usagers et à l'action publique.

Modélisation de la stratégie de communication en santé mentale

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu de société majeur, au croisement des dynamiques sanitaires, sociales, culturelles et politiques. Longtemps reléguée au second plan des politiques publiques, elle est désormais investie par des dispositifs de communication de plus en plus nombreux, portés par des institutions, des associations, des professionnels et des patients eux-mêmes. Pourtant, la question essentielle demeure, celle de savoir *comment penser une stratégie de communication réellement efficace en santé mentale, à la fois respectueuse des publics, scientifiquement fondée, culturellement adaptée et socialement transformatrice ?* C'est à cette problématique centrale que répond la présente contribution, en modélisant une stratégie de communication en santé mentale à travers une articulation de plusieurs axes fondamentaux, notamment le ciblage et la segmentation des publics, l'élaboration des contenus, les choix des canaux de diffusion, ainsi que la définition d'objectifs évaluables.

• Ciblage et segmentation des publics

Toute stratégie de communication repose sur une connaissance approfondie des publics visés. En santé mentale, cette nécessité se double d'une exigence éthique et clinique consistant à prendre en compte la vulnérabilité potentielle des destinataires, leurs représentations de la santé mentale, leur niveau de littératie en santé, mais aussi leur culture, leur âge et leur statut social.

Ainsi, la stratégie de communication se structure autour de quatre grands types de publics que voici : le *grand public* – souvent éloigné des problématiques de santé mentale ou en proie à des stéréotypes –, les *proches* – souvent en situation d'aidance informelle –, les *professionnels de santé* ou *du champ social* – ayant un rôle d'interface entre système de soins et bénéficiaires –, et les *patients eux-mêmes* – concernés au premier chef par les dispositifs de communication.

À cette segmentation fonctionnelle s'ajoute une nécessaire prise en compte de la diversité culturelle, sociale et générationnelle. Comme le souligne Bernard Miège, (2000, p.112) « toute communication est d'abord un acte social situé, porteur d'implicites culturels » En matière de santé mentale cela signifie qu'un même message peut être perçu comme stigmatisant ou émancipateur selon les contextes culturels, les appartenances sociales, ou les vécus générationnels.

Il est dès lors essentiel d'identifier et de mobiliser les publics sensibles – personnes en situation de précarité, minorités ethniques, jeunes en rupture, etc. – ainsi que les publics relais – enseignants, travailleurs sociaux, leaders d'opinion, influenceurs, etc. – pour que le message soit entendu, compris et relayé de manière efficace et éthique.

• **Élaboration des contenus**

L'élaboration des contenus en santé mentale exige un équilibre subtil entre narration, émotion et information. Le recours aux récits de vie permet d'humaniser les discours et de rendre audibles des voix souvent tues. Comme l'écrit Marie-France Hirigoyen (1998, p.56), « *le récit personnel est un vecteur de légitimité symbolique qui permet de reconnaître une souffrance tout en brisant le silence qui l'entoure* ».

À cela s'ajoute la nécessité de diffuser des données scientifiques fiables, issues de la recherche médicale et psychosociale, afin de ne pas verser dans la caricature ou le sensationnalisme.

L'usage de métaphores accessibles, mais non réductrices, permet de rendre les contenus intelligibles sans tomber dans la simplification abusive. En cela, il faut veiller à déployer un langage accessible, sans pour autant nier la complexité du sujet. Cette approche est défendue par Dominique Wolton (op.cit, 123) qui rappelle que « *la communication ne consiste pas à simplifier, mais à rendre compréhensible la complexité* ».

Enfin, il importe d'adopter une communication positive, valorisant les capacités de résilience, de rétablissement, d'autodétermination des personnes concernées. Face à une logique alarmiste encore dominante dans certains médias, une approche centrée sur les ressources – et non sur les déficits – permet de transformer les représentations sociales.

• **Choix des canaux et dispositifs de diffusion**

La stratégie communicationnelle en santé mentale repose sur une hybridation des canaux, notamment les *médias traditionnels* – télévision, radio, presse écrite –, les *médias numériques* – réseaux sociaux, blogs, podcasts –, et les *actions de terrain* – rencontres publiques, forums, interventions scolaires, etc.. Cette multiplicité permet de toucher différents segments de publics en fonction de leurs usages médiatiques. Comme l'ont montré les travaux d'Érik Neveu (2013, p.89), « *la réception des messages médiatiques dépend étroitement des pratiques culturelles et sociales des individus* ». De ce fait, le recours à des alliances stratégiques – avec des journalistes santé, des influenceurs, des youtubeurs spécialisés ou des associations d'usagers – devient un levier majeur pour assurer la diffusion et la crédibilité des messages.

Les *dispositifs d'interaction et de feedback*, tels que les chats, les webinaires, les questionnaires en ligne ou les forums modérés, permettent d'instaurer une communication bidirectionnelle, plus démocratique et participative. Cette orientation est en phase avec les principes de la « santé communautaire » défendus par l'OMS, qui valorise la participation active des usagers dans la conception des actions de santé.

• Objectifs et indicateurs d'évaluation

Enfin, toute stratégie de communication doit reposer sur des objectifs clairement définis et évaluable. En santé mentale, quatre finalités structurantes peuvent être identifiées :

- La *réduction de la stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux*, un enjeu essentiel dans un contexte où la peur et l'ignorance alimentent les discriminations ;
- L'*augmentation du recours aux soins*, qui passe par une meilleure information sur les dispositifs existants, mais aussi par une lutte contre l'auto-exclusion des personnes concernées ;
- La *modification des représentations sociales*, à travers des campagnes valorisant la diversité des parcours de vie, la normalité des troubles psychiques, et les possibilités de rétablissement;
- Le *renforcement de l'empowerment des personnes concernées*, entendu comme la capacité à agir sur sa propre santé, à revendiquer ses droits et à contribuer à la définition des politiques publiques.

Ces objectifs doivent être accompagnés d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, notamment l'évolution des attitudes, le taux de recours aux soins, engagement des usagers, les interactions sur les plateformes numériques, etc. Comme le recommande Didier Fassin, (2010, p.211) une évaluation rigoureuse ne peut faire l'économie d'une analyse des effets sociaux et symboliques de la communication.

Plus globalement, disons que la modélisation d'une stratégie de communication en santé mentale suppose donc une approche systémique, plurielle et contextualisée, à la croisée des sciences de l'information et de la communication, de la psychologie sociale, de l'anthropologie et des études en santé publique. Elle appelle à penser la communication non comme un simple vecteur de transmission, mais comme un outil de transformation sociale, en capacité de produire des représentations plus justes, des pratiques plus inclusives et des sociétés plus accueillantes pour toutes les subjectivités. C'est cette ambition, à la fois scientifique et citoyenne, que cette réflexion entend porter.

• Matrice de la grille d'analyse du modèle de la stratégie de communication en santé mentale

Ciblage et segmentation des publics	Diversité des cibles	Le message s'adresse-t-il à plusieurs types de publics (grand public, proches, professionnels, patients) ?	Nombre/type de cibles identifiées	Pertinence des profils ciblés en lien avec les objectifs
	Sensibilité culturelle et sociale	La communication prend-elle en compte des dimensions culturelles, sociales ou générationnelles ?	Existence de versions adaptées / diversité des représentations	Adéquation du message avec les contextes locaux et minoritaires

	Publics sensibles ou relais	Des relais communautaires ou institutionnels sont-ils impliqués ?	Nombre/typologie d'acteurs relais mobilisés	Degré d'implication des relais dans la stratégie
Élaboration des contenus	Narrativité	Le contenu intègre-t-il des récits de vie ou des témoignages ?	Présence de récits personnels ou collectifs	Qualité de la narration et de l'émotion véhiculée
	Contenus scientifiques	Les données sont-elles fiables, sourcées et accessibles ?	Présence de références scientifiques vulgarisées	Équilibre entre précision et accessibilité
	Style langagier	Le message utilise-t-il un langage inclusif, accessible et non stigmatisant ?	Niveau de lisibilité / tonalité (positive ou alarmiste)	Pertinence et cohérence stylistique
Canaux et dispositifs de diffusion	Diversité des canaux	Quels types de médias sont mobilisés (TV, radio, web, réseaux sociaux, terrain, podcasts) ?	Nombre/type de supports utilisés	Cohérence entre supports choisis et cibles visées
	Alliances stratégiques	Des partenariats sont-ils établis (journalistes, influenceurs, associations) ?	Nombre/type de partenaires	Crédibilité et implication réelle des partenaires
	Interaction/feedback	Des mécanismes de retour des publics sont-ils prévus ?	Existence de boîtes à questions, commentaires, espaces de parole	Qualité du lien établi entre public et émetteur
Objectifs et indicateurs d'évaluation	Lutte contre la stigmatisation	Le message déconstruit-il les clichés sur la santé mentale ?	Présence d'éléments contre-stigmatisants	Impact mesurable ou perçu sur les représentations
	Accès aux soins	Le message encourage-t-il le recours aux services ?	Mention explicite d'adresses, numéros, structures	Clarté et accessibilité des ressources proposées
	Transformation des représentations	Le message modifie-t-il la perception du public ?	Études d'impact, sondages, retours qualitatifs	Profondeur du changement de perception induit
	Empowerment	Les personnes concernées sont-elles valorisées	Présence de discours d'autonomisation	Capacité du message à favoriser

		comme acteurs de leur santé ?		l'engagement personnel
--	--	-------------------------------	--	------------------------

Cette grille d'analyse s'inscrit comme un outil stratégique à forte valeur heuristique, mobilisable à plusieurs niveaux d'intervention dans le champ de la communication en santé mentale. Sa souplesse d'utilisation permet de l'articuler aussi bien à des démarches évaluatives qu'à des processus de conception ou d'investigation scientifique. Elle constitue ainsi un dispositif méthodologique transversal, capable de répondre à la complexité des dynamiques communicationnelles propres à un domaine sensible, historiquement marqué par des asymétries relationnelles, des enjeux de pouvoir symbolique et des formes récurrentes de stigmatisation.

Elle peut tout d'abord être mobilisée pour évaluer des campagnes existantes de communication en santé mentale, qu'elles soient d'origine institutionnelle, associative ou médiatique. Cette évaluation peut porter sur plusieurs dimensions, telles que les objectifs déclarés, la cohérence du message, la pertinence des canaux mobilisés, l'adaptation aux publics cibles, l'accessibilité cognitive, linguistique et symbolique, ainsi que les effets produits ou attendus sur les représentations sociales de la santé mentale. À travers l'analyse de telles campagnes, il s'agit de vérifier si les dispositifs communicationnels en place participent à la déstigmatisation, à l'amélioration de la connaissance des troubles psychiques, à la reconnaissance des personnes concernées ou encore à la mobilisation des ressources communautaires.

La grille proposée peut également servir de cadre pour concevoir une stratégie de communication complète en amont de l'action, en anticipant les zones de vigilance à couvrir. Elle permet alors ici d'identifier les lignes de force, les tensions latentes, les valeurs à incarner et les représentations à travailler. Elle offre une structuration rigoureuse de la pensée stratégique, incluant la formulation des messages, la sélection des relais d'influence, la temporalité de diffusion, les indicateurs d'impact, ainsi que les dimensions éthiques de la communication à tenir. Dans ce cadre, elle constitue un outil de planification, mais aussi un support de dialogue entre les différents acteurs concernés – professionnels de santé, communicateurs, chercheurs, patients partenaires, décideurs publics –, favorisant ainsi une approche collaborative et co-construite de la stratégie. Cette dimension participative est en phase avec les principes de la démocratie sanitaire, tels que définis dans le *rapport Cordier*, qui appelle à une implication active des citoyens dans les politiques de santé, y compris sur le plan communicationnel (Jean-François Cordier, 2003, p. 45).

Enfin, cette grille peut être utilisée comme outil méthodologique dans une recherche qualitative, en particulier dans des études de discours, des analyses de réception ou des entretiens d'évaluation.

Dans une perspective de recherche en sciences humaines et sociales, elle permet de systématiser l'analyse des énoncés, d'objectiver les représentations sociales véhiculées dans les campagnes, ou encore de recueillir les perceptions des publics cibles concernant les effets de ces communications. L'outil peut ainsi être articulé à des méthodologies d'analyse du discours –comme l'analyse critique du discours ou l'analyse lexicale –, ou à des techniques qualitatives telles que les entretiens semi-directifs, les

focus groups ou les récits de vie. En cela, elle participe de l'approche compréhensive proposée par Max Weber (1995, p.57) qui invite à interpréter le sens subjectif des conduites sociales. Elle permet également de croiser les regards entre chercheurs et acteurs de terrain, afin de produire des savoirs situés, pertinents et opérationnels.

Tout compte fait, cette grille constitue un outil polyvalent et rigoureux, au service d'une approche réflexive, critique et inclusive de la communication en santé mentale. Elle contribue à structurer les pratiques, à enrichir les analyses et à promouvoir une communication éthiquement fondée, soucieuse des vulnérabilités et des aspirations des personnes concernées.

• **Stratégies de communication**

À l'ère d'une sensibilisation accrue aux enjeux de santé mentale, les stratégies de communication déployées dans ce domaine sont devenues des leviers déterminants pour transformer les représentations sociales, réduire la stigmatisation, favoriser l'accès aux soins et renforcer les politiques publiques. Loin d'être de simples instruments techniques, ces stratégies relèvent d'une ingénierie complexe de mobilisation des imaginaires collectifs, d'adaptation culturelle, de participation sociale et d'engagement politique. L'analyse approfondie des campagnes emblématiques de sensibilisation, qu'elles soient locales, nationales ou internationales, révèle des tensions fondamentales entre efficacité symbolique, adéquation contextuelle, respect des identités culturelles et éthique de la communication publique.

a. Études de cas et enseignements pratiques

Dans le champ de la santé mentale, plusieurs campagnes emblématiques illustrent la diversité des approches, la richesse des outils mobilisés et les résultats contrastés obtenus. En France, la campagne du *Psycom*, instance publique d'information sur la santé mentale, a su, à travers la campagne « *Santé mentale : parlons-en !* », articuler supports visuels, capsules audiovisuelles et médiation numérique dans une logique de destigmatisation et d'accessibilité cognitive.

L'analyse du discours de ces campagnes montre une volonté de « normaliser » la santé mentale, en insistant sur sa dimension universelle, quotidienne et transversale à toutes les catégories sociales. Les visuels sobres, souvent construits autour de figures de l'entourage ou du travail, évitent la dramatisation et privilégient une approche empathique et inclusive (psycom, 2002).

Au Royaume-Uni, la campagne « *Time to Change* », lancée en 2007 par les associations *Mind* et *Rethink Mental Illness*, constitue une autre illustration structurante. S'appuyant sur une stratégie multimodale combinant témoignages filmés, interventions sur les réseaux sociaux, partenariats avec les entreprises et les écoles, cette campagne a démontré l'impact positif de récits personnels, authentiques, portés par des personnes directement concernées par les troubles psychiques.

L'évaluation d'impact menée sur plus d'une décennie a souligné une amélioration mesurable des attitudes sociales à l'égard de la santé mentale, notamment grâce à

l'implication directe des usagers dans la conception et la diffusion des messages (Evans-Lacko et al., 2014, p.16).

Sur le continent africain, plusieurs initiatives portées par des organisations communautaires, telles que *Mentally Aware Nigeria Initiative* (MANI), montrent l'importance d'une contextualisation culturelle forte. En recourant à des narrations ancrées dans les réalités locales, à l'usage des langues vernaculaires et à la mobilisation des figures sociales reconnues – leaders religieux, artistes et sportifs –, ces campagnes s'inscrivent dans une logique d'appropriation culturelle de la santé mentale. Elles visent à briser les tabous associés à la possession ou à la sorcellerie, et à recentrer les discours sur les droits, la dignité et l'inclusion.

Ces exemples permettent d'appréhender, à travers une méthodologie rigoureuse d'analyse des discours, des visuels, de la réception sociale et de l'impact mesurable, les conditions de réussite ou d'échec d'une stratégie de communication en santé mentale. La triangulation méthodologique s'impose ici et concerne l'*analyse sémiotique des supports visuels*, qui permet de comprendre les cadrages symboliques ; l'*analyse discursive*, qui révèle les logiques de construction du message ; les *études de réception*, qui mettent en lumière les appropriations, détournements ou rejets par les publics ; et l'*évaluation d'impact* – quantitative et qualitative –, qui permet de mesurer les transformations effectives en termes de représentations, d'attitudes et de comportements.

b. Échecs et réussites

Les enseignements tirés de ces campagnes permettent de dégager un certain nombre de constantes. Ce qui fonctionne, d'abord, c'est l'authenticité des témoignages et la capacité à susciter une émotion partagée, dans une logique de proximité sociale et narrative. Les messages portés par des personnes concernées, en première personne, dans des formats courts et directs, favorisent l'identification et la compréhension empathique. Cette dynamique rejoint les travaux de Dominique Wolton (1997, p. 233), pour qui « *la communication réussie est celle qui accepte la complexité du récepteur, sa liberté d'interprétation, sa subjectivité* ».

À l'inverse, ce qui échoue de manière récurrente, c'est l'usage d'un langage technocratique, déconnecté des réalités vécues, ou l'imposition de modèles importés sans adaptation culturelle.

Le décalage culturel – notamment entre les représentations médico-psychiatriques et les perceptions populaires de la maladie mentale – peut engendrer des effets contre-productifs en termes de rejet des messages, de renforcement des stigmatisations, voire de polarisation des publics. De même, la déresponsabilisation des publics, par l'excès de discours prescriptifs, neutralise la dynamique participative pourtant essentielle en santé publique. Comme le souligne Anne-Marie Duguet (2004, 78) « *une communication qui ignore les représentations sociales des usagers devient rapidement inefficace et contre-productive* ».

c. Pour une stratégie efficiente et éthique

Face à ces constats, il devient essentiel de formuler des recommandations stratégiques, fondées sur des principes éthiques et une compréhension fine des dynamiques sociales. Trois piliers doivent guider toute stratégie de communication en santé mentale, à savoir la transparence, la participation et la contextualisation.

La *transparence* implique une clarté sur les objectifs, les commanditaires, les intentions du message et une mise à disposition des données d'impact. Elle renforce la confiance des publics et la légitimité des campagnes. La *participation*, quant à elle, suppose la co-construction des messages avec les personnes concernées – usagers, proches, soignants – dès la phase de conception.

Ce principe rejoint les approches participatives en santé publique, telles que développées par Didier Fassin (1992, 29) pour qui « *la santé publique ne peut être démocratique sans participation effective des citoyens à la définition de leurs besoins* ». Enfin, la *contextualisation* est un impératif méthodologique, car elle engage une lecture située des besoins, des langages, des canaux de diffusion et des régimes de croyance propres à chaque territoire.

Ces stratégies ne sauraient être pensées isolément, mais elles doivent s'articuler à une politique publique globale de santé mentale, qui intègre prévention, soins, accompagnement, lutte contre les discriminations et accès aux droits. La communication devient alors un acte politique, inscrit dans une vision holistique de la santé mentale, en lien avec l'éducation, la justice, le travail, l'habitat, et non un simple outil de sensibilisation. Comme l'écrit Bernard Rimé (2005, p.212), « *c'est en créant des dispositifs de parole, d'écoute et de narration sociale que l'on restaure la santé psychique collective* ».

Conclusion

La *théorie intégrative contextualisée de la communication en santé mentale*, que nous appelons aussi *théorie de la stratégie de communication en santé mentale*, telle que présentée dans le présent article, ambitionne de répondre à un double impératif. D'une part, celui de mieux penser les modalités d'interaction entre les institutions, les professionnels et les publics concernés, et d'autre part, celui de fonder une approche communicationnelle ancrée dans les réalités subjectives, sociales et politiques du champ de la santé mentale. À travers une approche à la fois pragmatique, critique et humaniste, cette théorie propose de considérer la communication non plus comme un simple vecteur d'information, mais comme une fonction stratégique essentielle dans la régulation des tensions, des représentations, des normes et des pratiques au sein des dispositifs de soin, d'accompagnement et de prévention. Elle met en évidence l'importance cruciale d'une pensée intégrée de la communication en santé mentale, qui articule les dimensions relationnelles, symboliques, identitaires et institutionnelles de toute parole adressée, entendue ou tue.

Le premier enjeu de cette théorie réside dans sa capacité à déconstruire les logiques communicationnelles souvent implicites, normalisées et technocratiques qui gouvernent

les interactions dans le champ psychiatrique et médico-social. En cela, elle contribue à dévoiler ce que Pierre Bourdieu (2001, p.86) a désigné comme les effets de « *violence symbolique* », à savoir les formes de communication qui imposent des visions du monde sans que leur arbitraire social ne soit perçu comme tel. Dans le contexte de la santé mentale, cette violence symbolique se manifeste notamment par la médicalisation de la parole, la stigmatisation implicite des sujets dits « vulnérables » et la production de récits dominants qui occultent les expériences vécues. La théorie proposée engage donc à penser une communication située, réflexive et pluraliste, capable d'accueillir l'hétérogénéité des discours, la polyphonie des vécus et la conflictualité inhérente aux rapports de pouvoir institutionnels.

En deuxième lieu, la théorie met en lumière les apports d'une stratégie de communication pensée comme processus d'ajustement éthique et politique aux besoins spécifiques des individus et des collectifs. Elle valorise la reconnaissance de la parole des usagers comme productrice de sens, et non comme simple symptôme. Cette perspective rejoint les critiques formulées par Michel Foucault (1999, p.37) sur les mécanismes de savoir-pouvoir qui structurent les institutions psychiatriques, et appelle à une refondation dialogique des pratiques communicationnelles. Par conséquent, la communication en santé mentale doit être conçue comme un espace de négociation permanente entre des subjectivités en interaction, des identités en tension et des institutions en mutation.

Dans cette optique, la reconnaissance institutionnelle de la communication en santé mentale apparaît comme une nécessité impérieuse. Trop souvent reléguée au rang d'accessoire, voire de supplément, la communication y est perçue comme un outil parmi d'autres, sans réflexion approfondie sur ses finalités, ses enjeux et ses effets. Pourtant, les institutions de santé, dans leur rapport aux publics et aux professionnels, ne cessent de communiquer – par leurs procédures, leurs dispositifs, voire leurs silences. Il est donc indispensable que les politiques de santé mentale intègrent pleinement la communication comme une dimension stratégique, à la fois organisationnelle, relationnelle et éthique. Cela suppose une professionnalisation accrue des fonctions communicationnelles dans le secteur psychiatrique, mais aussi une formation des acteurs à la complexité des échanges en situation de fragilité psychique. À cet égard, l'apport des sciences de l'information et de la communication, en dialogue avec la psychologie, la sociologie et la philosophie, est fondamental pour construire des modèles de communication adaptés aux réalités du soin, du soutien et de la réhabilitation.

Enfin, la réflexion théorique engagée ouvre sur une exigence plus large, celle d'une éthique des communications sensibles et inclusives. Cette éthique suppose de reconnaître la vulnérabilité non pas comme une faiblesse, mais comme une condition ontologique de l'existence humaine et d'en tirer les conséquences dans les modes de communication institutionnels (Emmanuel Levinas, 1961, p. 243).

Elle implique de construire des espaces de parole qui ne soient ni prescriptifs, ni normatifs, mais qui autorisent l'expression des subjectivités plurielles, des récits singuliers et des altérités troublantes. Communiquer en santé mentale, dans cette perspective, revient à instaurer des dispositifs de médiation qui permettent la

reconnaissance, la dignité et la co-construction de sens, même – et surtout– dans les zones d'incertitude, de souffrance et de désaccord.

La théorie de la stratégie de communication en santé mentale, telle qu'elle est ici formulée, engage donc à repenser les fondements mêmes de l'acte de communication en contexte de vulnérabilité, en le considérant non comme une simple transmission d'informations, mais comme un acte fondamentalement éthique, politique et social. Elle appelle à un renversement de paradigme qui réhabilite la parole des sujets, déconstruit les rapports de domination symbolique, et affirme la nécessité d'une institutionnalisation de la communication comme levier de transformation, de réparation et de justice dans le champ de la santé mentale.

Références

- Aubenas Fl., Benasayag M., 2002 ; *Résister, c'est créer*, Paris, La Découverte.
- Bandura, A. 1986 ; *Les fondements sociaux de la pensée et de l'action*. Paris, PUF.
- Breton Philippe, *L'utopie de la communication*, Paris, La Découverte, 1997.
- Christophe L., Enguerrand du Roscoät & Beck, F., 2023 ; *Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021*, Saint-Maurice, Santé publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 2, février.
- Cordier J-F., 2003 ; *La démocratie sanitaire : réussir le pari de la participation*, Paris, La Documentation française.
- Coupechoux P., 2007 ; *Un homme comme vous*, Paris, Éditions du Seuil.
- Dubey Gérard et eyran Régis, M., 2019 ; *Médias et santé mentale*, Paris, CNRS.
- Duguet, A.-M., 2004 ; *Éthique et communication en santé*, Paris, Doin.
- Fassin D., 2010 ; *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Hautes Études-Gallimard-Seuil.
- Fassin, D., 1992 ; *La santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, PUF.
- Habermas, J., 1987 ; *Théorie de l'agir communicationnel*. Tome I : Rationalité de l'agir et rationalisation de la société. Traduit par Jean-Marc Ferry, Paris, Fayard.
- Hall, Stuart. *Culture, médias et identités*. Paris, Maison des sciences de l'homme, 2007.
- Hirigoyen M.-F., 1998 ; *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, La Découverte.
- Laswell, Harold D. 1970 ; *Structure et fonction de la communication dans la société*. In *L'école de Chicago*, Paris, Minuit.
- Le Breton D., 2003 ; *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié.
- Miège B., 2000 ; *Les industries du contenu face à l'ordre de l'information*, Grenoble, PUG.
- Neveu É., 2013 ; *Sociologie du journalisme*, Paris, La Découverte.
- Olié J.-P. et Leboyer M., 2017 ; *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Paris, Fayard.
- Organisation mondiale de la santé, 2022 ; *Rapport mondial sur la santé mentale*, Genève, OMS.
- Paugam S., 2008 ; *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.
- Psycom, 2022 ; *Santé mentale : parlons-en !* Paris, Psycom.
- Ricoeur Paul, 1990 ; *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

- Rimé, B., 2005 ; *Le partage social des émotions*, Paris, PUF.
Carl, R., 1996 ; *Le développement de la personne*, Paris, Dunod.
Max W., 1995 ; *Économie et société*, Paris, Plon, p. 1112.
Wolton, D., 1997 ; *Penser la communication*, Paris, Flammarion.
Zémor, P., 1995 ; *La communication publique*. Paris, PUF.