

SANTÉ MENTALE ET PRÉCARISATION

Comme plusieurs autres questions de santé publique mises en évidence, en même temps confrontées à une crise par le développement des processus de précarisation, nous assistons depuis quelques années à l'émergence d'un champ problématique autour des questions de santé mentale. Problématique en premier lieu pour des personnes en grande détresse ne trouvant pas les conditions qui leur permettraient de parler ou de traiter de leurs difficultés et déplaçant leur gestion sur d'autres supports (violences, conduites addictives, repli, marginalisation, auto-destruction...). Problématique également pour les acteurs de première ligne, professionnels ou non, qui travaillent au plus près de ces publics et ont de plus en plus de mal à assurer leurs missions, qu'il s'agisse d'insertion, d'action sociale, d'éducation, de prévention ou de soins.

La difficulté apparaît double :

- accès à la prévention, à la réduction des risques et aux soins de personnes victimes de troubles psychiques (personnes retrouvées à la rue, engagées dans des conduites addictives ou dans les prisons) ;
- approche appropriée de troubles directement corrélés au processus de précarisation (détresse morale, affaiblissement, isolement...) dont les personnes victimes ne souhaitent ou ne peuvent faire l'objet de soins spécialisés.

Dans ce contexte, des acteurs et des collectivités sont conduits à travailler sur cette dimension de la précarisation pour développer des interventions plus proches des préoccupations des publics et des professionnels (urgence, travail de proximité, bas seuil..). Cette évolution dans les préoccupations et les expérimentations a conduit à interroger la configuration du champ de la santé mentale. Peut-on envisager un champ qui ne se limiterait pas à l'appréhension des maladies mentales et qui intégrerait une plus grande variété de processus psycho-sociaux conduisant les individus à connaître des souffrances invalidantes ne signifiant pas pour autant l'identification d'une maladie ? Peut-on – comme cela a été fait dans le champ de la santé – y intégrer également les processus et ressources assurant la protection des individus, facilitant ou renforçant l'insertion et le lien social ?

La rencontre du 7 novembre s'est appuyée sur trois contributions :

Michel Joubert, sociologue (professeur Université Paris VIII, chercheur au Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES), laboratoire dirigé par Alain Ehrenberg, engagé dans plusieurs recherches sur les questions de santé mentale (modes d'expression, recours en urgence) et coordinateur de l'ouvrage à paraître *Santé mentale, ville et violences*, Erès, octobre 2003. Il proposera un cadrage général, en lien avec deux recherches engagées sur ces questions (précarisation et santé mentale, recours en urgence) ;

Pilar Ancella-Giroux, psychiatre et coordinatrice des actions relatives à la santé mentale dans le cadre des Ateliers Santé Ville à Aubervilliers et qui partira de l'expérience de la mise en place d'une politique locale ;

Jean-Louis Dauteuil, Cité Saint-Martin (association issue du Secours catholique qui reçoit des personnes en situation d'exclusion et de grande précarité ; travail sur l'accueil d'urgence, l'hébergement et la réinsertion), qui rendra compte des outils qui ont été mis en place pour assurer les conditions de la rencontre et de l'accompagnement social dans les contextes d'urgence.

Santé mentale, ville et violences

Michel JOUBERT
Sociologue et chercheur au CNRS

Bonjour. Je suis sociologue et chercheur au CNRS, dans le laboratoire CESAMES.

La séance d'aujourd'hui a été conçue autour de l'articulation entre un cadre de réflexion générale sur les enjeux de la santé mentale et des interrogations et témoignages d'acteurs de terrain et promoteurs de politique locale confrontés à la souffrance psychosociale. La précarité ou les processus de précarisation s'inscrivent d'une manière particulière dans le champ de la santé mentale. Intervenir sur la problématique des souffrances particulières liées à la précarisation suppose de mettre en œuvre des formes d'action adaptées, respectueuses des personnes (non stigmatisantes) et correctement inscrites dans l'environnement institutionnel, ce qui n'est pas toujours aisé.

Interviendront après moi Pilar Arcella-Giroux, psychiatre et médecin de santé publique, chargée de la mise en œuvre d'un programme de réflexion et d'action en santé mentale sur la ville d'Aubervilliers, dans le cadre du dispositif Atelier Santé Ville, ainsi que Jean-Louis Dauteuil, qui travaille en contact avec les publics en grande difficulté –pour la plupart vivant à la rue. Tous deux rendront compte de la dimension de la souffrance physique qui est liée à la dégradation des conditions de vie des personnes. Nous attendons, en outre, que vous nous fassiez part, les uns et les autres, de vos expériences relativement à ces questions.

Ma présentation ne peut être que schématique, vous m'en excuserez par avance. Elle est précisément destinée à poser quelques questions. Pourquoi la santé mentale devient-elle une problématique de santé publique ? Que s'est-il passé de particulier pour que l'on passe de la prise en charge spécialisée par la psychiatrie de pathologies spécifiques à une gestion plus large impliquant le rapport entre populations en difficulté et souffrance psychique ? Depuis une dizaine d'années maintenant, les cliniciens, les acteurs de terrain et les travailleurs sociaux sont confrontés à cette question pour le moins complexe. Nous manquons encore d'espace de débat et d'échanges d'expérience pour avancer dans ce domaine.

I. Références

Tous les 10 ans, une enquête quantitative est menée par l'INSEE sur la santé des Français. Cette enquête porte sur 10 000 familles. Lors de la dernière enquête, un volet « santé mentale » avait été introduit et suivi par la MIRE. Il s'agissait de penser la santé mentale d'une façon plus précise qu'auparavant en introduisant des questions sur le « ressenti » des personnes. De fait, la santé mentale dépasse l'existence d'une maladie ou d'une pathologie caractérisée. Une enquête qualitative a ainsi été menée auprès de personnes qui avaient déjà participé aux enquêtes INSEE, afin de définir leur rapport à la santé mentale.

En 2001, l'intercommission n° 6 de l'INSERM s'est préoccupée de l'interface avec le social – notamment l'incidence de la précarité et de la précarisation sur la santé au sens large. Nous avons construit un appel d'offres de recherches et organisé plusieurs séminaires et colloques afin de

dresser un état des lieux. Ces colloques ont fait l'objet d'une publication collective, *Précarisation, risque et santé*, reprenant nombre de ces contributions. Depuis des années, les questions de précarité interfèrent avec des incidences multiples : sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'amplification des problématiques de santé elles-mêmes.

En 2000-2001, un séminaire a été organisé portant sur le thème « santé mentale, villes et violences » (DIV-RESSCOM). Y participaient des sociologues, des cliniciens et des élus. Par ailleurs, la question de la violence a commencé à être de plus en plus débattue dans la société française. Nombre de représentations-écrans empêchaient, jusqu'alors, de comprendre ce qui se passait réellement derrière les manifestations de violence.

Suite à ces travaux, un réseau régional de recherche en santé publique (Ile-de-France) a été mis en place financé par l'INSERM, associant chercheurs en sciences sociales et cliniciens (Santé Mentale, Travail et Précarisation). Ce réseau a notamment mené une recherche sur la santé mentale et la précarisation en Seine-Saint-Denis et en Essonne et animé plusieurs séminaires où des acteurs travaillant en première ligne avec ces publics ont pu faire part de leur expérience et de leurs questionnements.

Le réseau européen « chômage et santé mentale » a donné lieu à plusieurs colloques, dont un qui s'est tenu à Paris au mois de novembre 2000. Ces manifestations ont permis de comparer les différentes démarches à l'échelle européenne, et mis en lumière notre retard en matière de prévention et d'aide aux personnes victimes des effets des processus de restructuration socio-économique (plans sociaux, licenciements collectifs, passage au travail précarisé..).

Enfin, une recherche conjointe MIRE-INSERM est en cours de réalisation sur le thème de l'urgence. Conduite en Ile-de-France, elle cherche à comprendre la manière dont se manifestent et s'expriment les besoins en santé mentale qui, mal identifiés et mal formulés, mais suffisamment handicapants pour produire des crises et des formes de détresse profonde, et qui ne s'expriment que par des demandes de recours en urgence.

II. Les nouvelles formes de souffrance liées aux processus de dégradation sociale

1. Fragilisation et destruction des supports sociaux

La souffrance psychosociale existe depuis toujours, mais elle a pris des formes et une tonalité nouvelles en raison de la l'individualisation, de la précarisation du travail, de l'insécurité sociale, des ruptures affectives, de l'isolement, des changements brusques des cadres de l'expérience, de la désaffiliation et de la grande exclusion. La précarisation du travail et l'insécurité sociale engendrent la difficulté à s'inscrire de manière durable dans des repères valorisants et équilibrants sur le plan social et économique. Les ruptures affectives conduisent à l'isolement et se combinent souvent avec la précarité et la précarisation. Elles fragilisent les supports sociaux, qui permettent de s'inscrire de façon structurante et cohérente au sein du corps social. De fait, ce qui faisait support social à une époque – même avec des logiques de domination ou de violence et des conditions de vie extrêmement difficiles – ne fait plus cadre. Nous sommes dans un processus de fractionnement permanent des solidarités et des cadres de vie. Les repères et les ressources sont devenus extrêmement mouvants.

Certains individus parviennent à suivre ces contraintes et épreuves permanentes, mais pas tous. La majorité des individus apprennent à gérer l'insécurité et à trouver des modalités d'adaptation, mais d'autres n'y parviennent pas. Il n'est pas rare, aujourd'hui, de voir des personnes dégringoler, perdre leurs repères, leurs soutiens et leur niveau d'appartenance, pour passer par des stades d'isolement et d'exclusion. Un débat est en cours quant à ces terminologies : l'exclusion est-elle encore un rapport social ou bien une sortie du rapport social ? Je pense, personnellement, pour la première formulation¹.

Il importe aujourd'hui d'interroger un nouveau type de rapports sociaux. Les populations concernées par la dégradation sociale sont plus diverses qu'auparavant.

2. Incidences sur les personnes

Certains individus ne savent plus ou ne peuvent plus, compte tenu de ce qu'ils ont eu à subir, se reconnaître comme ayant une place identifiée et reconnue dans le corps social. Ils sont dévalorisés, disqualifiés. Or l'expérience de la disqualification est particulièrement perturbante. Dès l'école, un nombre croissant d'individus ont le sentiment d'être niés dans leur personne, leurs capacités et leurs compétences – et portent obsessionnellement ce sentiment à long terme. Ils perdent alors une partie de leurs ressorts, de leurs ressources, de leur cadre de référence.

Ces logiques créent des spirales de précarisation où les problèmes engendrent les problèmes et amplifient les difficultés. Le fait d'être dans une disposition négative au regard de soi même perturbe et dégrade les relations de la personne au sein de son réseau social et de son espace privé. Et ces spirales affaiblissent les liens qui devraient précisément apporter du secours, à commencer par l'entourage le plus proche. S'y ajoute la perte relative de la disposition à aller vers les ressources existantes (soins, travailleurs sociaux, dispositifs de prévention). L'écart se creuse alors entre les dispositifs spécialisés qui ont été pensés pour les personnes en difficulté et ces mêmes personnes en difficulté. Pour elles, aller vers un dispositif spécialisé signifie accepter le stigmatisme et le diagnostic qu'elles ont commencé à incorporer. La santé mentale est finalement vécue comme une zone d'identification négative. Aller vers un professionnel, c'est, à leurs yeux, s'auto-désigner et se faire reconnaître comme une personne ayant, en plus de tous ses autres problèmes, une difficulté psychique. Cette situation entraîne un accroissement de l'isolement, des phénomènes de stigmatisation et de discrimination. Elle produit des enclaves. Les personnes continuent à agir et à vivre, mais en s'inscrivant dans la vulnérabilité et la nécessité de trouver des supports sociaux de bricolage. La vulnérabilisation est accentuée et peut entraîner des conduites à risque : prise de psychotropes, activités délictueuses etc.

Les conduites à risque, paradoxalement, sont une ressource pour les personnes les plus vulnérabilisées. Les individus ont alors le sentiment de se reconstruire – certes, dans une tension forte avec le corps social. Ce phénomène s'observe très nettement chez les adolescents engagés dans l'économie parallèle. On observe alors un déplacement important de leur socialité, qui fait problème mais qui renvoie au chaînon manquant de l'action sanitaire et sociale déjà évoqué.

¹ C'est également le point de vue de Robert Castel ; cf. son dernier ouvrage sur *L'insécurité sociale*, Seuil, 2003

3. Publics concernés

Les publics concernés sont très variés. Des enfants et des adolescents connaissent, dans des moments critiques, des problèmes de précarisation. C'est notamment le cas dans tous les moments de transition comme l'entrée au CP et le passage au collège, les changements d'établissements, les déménagements, le passage d'une région ou d'un pays à l'autre. La perte de ce qui constitue le prérequis minimum de la socialisation concerne un nombre croissant d'individus.

Les migrants connaissent eux aussi de manière majorée tous les processus liés à la précarisation, de même que les chômeurs, les travailleurs en emploi précaire, les jeunes en difficulté d'insertion et les personnes de 50 ans précarisées sur le plan professionnel. Dans toutes les situations traversées par les personnes, nous retrouvons des problématiques d'adaptation, d'ajustement, de conversion ou de négociation par rapport à des situations ou des contextes qui changent fortement, avec nécessité de reconstruire des repères, des relations et des ressources. Elles demandent des investissements complexes pour lesquels la précarisation (sociale, relationnelle, affective) vient toujours surajouter des difficultés supplémentaires.

Les femmes sont également particulièrement exposées, par un effet conjugué de statut, de vulnérabilité socio-économique, de discrimination et de maltraitance sociale.

Enfin, certains quartiers voient se concentrer plusieurs registres de précarisation (urbain, social et économique). Les adolescents ont le sentiment que les adultes sont les plus mal placés pour les entendre et les comprendre. Pour certains, il est proprement impossible de parler à leur père ou leurs parents des souffrances liées aux tensions qui caractérisent leur vie. Parler est disqualifiant, c'est une manière de se dévoiler.

Enfin, les personnes à la rue, les familles et les individus en très grande précarité constituent la catégorie la plus visible. C'est pourquoi le débat s'est focalisée sur elle. Mais toutes les catégories précédentes la nourrissent. La compréhension de ce qui se passe dans la rue permet de comprendre ce qui aurait pu se passer autrement, avant, dans d'autres espaces ou points de contact entre les personnes en difficulté, leur environnement et le système d'action sanitaire et sociale. D'où l'importance des actions sanitaires et sociales en amont.

4. Manifestations de la difficulté

Ces manifestations sont connues. Sur le plan du ressenti et de l'expression, sont mis en avant les clivages, les tensions et les dépressions, l'absence d'interlocution et de parole sur l'expérience vécue, le sentiment de dévalorisation, l'isolement, la perte du sentiment d'utilité, l'usure, la fatigue, la perte d'énergie et la fatigue qui se combinent à l'infini selon les situations et les trajectoires pour produire des blocages, un sentiment d'impuissance ou une détresse sans objet palpable, la plupart du temps retournée contre elles par les personnes qui en sont les victimes (culpabilisation). À côté de la multiplicité des ressources et ressorts de mobilisation utilisés par une majorité des personnes, d'autres voient les points d'accroche fuir en permanence et pensent qu'il n'existe pas d'aide pour les sortir de leur malheur. Ils pourront alors s'enfermer plus avant dans les interstices de la société urbaine, rechercher du sens dans des logiques de destruction, de provocation ou d'autres conduites à risques. Ils y sont relativement contraints par les processus sociaux de précarisation disqualifiants massifs des individus fragilisés.

Dans le cadre de nos métiers de sociologue, d'ethnologue ou de chercheur-clinicien engagés sur le terrain pour une recherche qui vise à restituer ce que vivent les personnes, nous sommes conduits à rechercher les modalités de la proximité adaptées à chacun (ni trop près, ni trop loin) ainsi qu'à co-produire un espace de parole, qui permettra à des personnes de s'exprimer. La plupart du temps, elles disent des choses qu'elles n'ont jamais dites à quiconque. Cette démarche n'est pas aisée, pour des raisons éthiques (parler la souffrance peut conduire à revivre des tensions fortes) et de gestion des événements, et nécessite de réelles compétences ainsi qu'une véritable coopération entre chercheurs, personnes relais et cliniciens.

Par ailleurs, la participation au travail engagé par les individus sur le plan de leur énergie (s'arracher de la torpeur pour s'exprimer, du stigmate pour s'affirmer, de l'emprise des difficultés matérielles pour) suppose que l'on travaille au cœur de leur espace. C'est la différence du travail effectué par le clinicien dans le cadre de son cabinet : la personne qui n'a pas de demande de soins peut trouver néanmoins des occasions de s'exprimer, de faire état de son ressenti, d'exister dans des relations. Cette dimension méthodologique n'est pas sans relation avec les enjeux de santé publique.

III. Ressorts et supports de la santé publique

1. Sur le cadre de vie et les réseaux de relations

Notre travail sur le cadre de vie et les réseaux a mis en évidence le rôle central joué par le soutien social sur le plan de la neutralisation des vecteurs de violence sociale, l'inscription ou la réinscription dans des cadres d'expression valorisants et acceptables, les dynamiques de communauté (sensibilisation des personnes qui vont bien aux types de secours et d'aides qu'elles peuvent apporter à celles qui vont mal). Ces éléments contribuent à renforcer les capacités de protection et de résistance et, quand ils font défauts, participent à exacerber l'isolement et la détresse des personnes. Face à ce que l'on pourrait qualifier de migration des supports sociaux (la perte des ancrages de base conduit les personnes à partir en quête d'autres zones d'accrochage), la croissance de l'emprise des logiques religieuses et des conduites à risques peut être mieux comprise².

2. Sur la dynamisation de l'individu

Il s'agit avant tout sur ce plan de valoriser les compétences des personnes et d'instaurer des relations de confiance qui permettront l'ouverture, l'expression et l'échange. Mais il importe également de favoriser l'énonciation, par l'inter-subjectivation, la résilience (ou mobilisation de soi et de personnes aidantes de référence et de proximité) et l'*empowerment* (dynamiques de remise en capacité et en compétence). Ces termes sont de plus en plus utilisés et peuvent faire problème ; derrière eux, des projets de nature très diverse peuvent être engagés. Mais cette évolution des modèles d'intervention vers un « centrage » sur les capacités de la personne est significatif de la

² Cf. sur ce point le travail effectué en Belgique par Pascale Jamouille, *La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck, 2002.

sensibilité croissante au respect et à la prise en compte de publics que l'on avait longtemps négligé de ce point de vue, même quand on les assistait.

IV. Leviers pour l'action publique

1. L'existant

Parmi les actions qui se développent pour agir sur ces processus, on trouve en premier lieu des actions de proximité (travail de rue, maraude, aller vers...) mais aussi la création d'espaces de parole et de convivialité faciles d'accès (points accueil et écoute, maisons des chômeurs, associations de femmes relais, groupes de parole...) où – comme pour la réduction des risques dans le domaine des conduites addictives – on cherche à abaisser les « seuils d'accès », à faire tomber les grilles et exigences dissuasives, tant pour la prévention que pour les soins. Pour autant, les lignes de travail restent floues et la politique publique sur ce plan n'est pas réellement structurée³.

Sont également engagées des expériences en milieu scolaire, qui s'appuient sur le développement non compétitif des compétences et des solidarités, et des activités culturelles permettant de développer la présence et l'expression en public.

Enfin, les politiques des villes et la politique de la Ville ont également tendu – dans le champ de la santé mentale - à favoriser des dynamiques collectives.

2. Perspectives

Il s'agit encore de clarifier les ressources en santé mentale sur un territoire donné et d'en faciliter les accès : la différenciation et l'intégration de différents niveaux d'écoute et de soutien en milieu ordinaire (versus les recours en urgence et la médicalisation) constitue une des alternatives déjà expérimentées depuis une dizaine d'années. Des personnes comme les usagers de drogues en grande difficulté n'allaient pas – ou alors en fin de « carrière de toxicomane » - vers les structures de soins spécialisées car elles ne se reconnaissaient pas comme malades. C'est la même chose en santé mentale. Nous pouvons considérer cette position comme grossièrement juste (souffrir et prendre des risques font partie de la vie de tout un chacun) ; mais - pour un certain nombre - à côté du sentiment de ne pas être spécialement malade, il peut se développer une détresse profonde, insupportable qui nécessite que quelque chose change ou se passe. Dans les contextes de précarité associés à l'isolement social, ce qui ailleurs peut se traiter par le biais des dynamiques de sociabilité primaire, pourra conduire à amplifier les difficultés des personnes, jusqu'à leur faire perdre toute énergie pour s'en sortir, jusqu'aux tentatives de suicide.

³ Cf. avec E. Jacob, S. Touzé notre évaluation des Points Écoute au niveau national, qui montre bien la richesse, mais aussi les ambiguïtés, d'une telle politique (RESSCOM-OFDT, 1999), ainsi que : Les points écoute de prévention de la toxicomanie et des conduites à risques contexte d'émergence et positionnements préventifs, dans C. Faugeron, M. Kokoreff, Société avec drogues, Erès, 2001

Les actions de proximité sont, dans ce contexte, fondamentales. Elles permettent de recréer un lien, un micro-espace de communication afin que ces personnes puissent s'exprimer, trouver un réconfort et un premier niveau de protection à l'égard des forces de destruction auxquelles elles sont confrontées.

Dans la logique dite du « bas seuil », l'exigence de départ n'est pas centrée sur le soin. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne soit pas envisagé, à un moment ou à un autre, un recours aux soins. Mais pour que la personne accède aux soins de son propre mouvement, il faut qu'elle ait reconstruit un minimum d'espace de considération d'elle-même. Le bas seuil consiste à créer ce type de niveau intermédiaire, qui conduira éventuellement à celui des soins. Il permet alors d'être relié au système de soins. Dans le champ de la santé mentale, on note une question de cette nature.

Pour l'heure, le « bas seuil » en santé mentale est assuré par les acteurs de l'éducatif, du sanitaire et du social, ainsi que par les médecins généralistes dont la mission n'est pas de prodiguer des soins spécialisés en psychiatrie. Si certains sont conduits à prescrire des psychotropes, c'est souvent par défaut de ressources identifiables en santé mentale, en dehors de l'orientation (qui ne serait souvent pas pertinente) vers les CMP. Au final, tout le monde souffre de cette situation peu claire.

Il existe en outre un évident besoin de mise en réseau. S'il est un domaine où la mise en réseau a un sens fort, crucial et stratégique, c'est bien celui de la santé mentale. Les acteurs de la santé mentale ont besoin d'abord de se reconnaître comme tel (ce qui suppose un travail sur les référents) de communiquer, d'échanger et de mutualiser leurs ressources et expériences.

La construction ou le développement de référents communs dans l'approche des questions de santé mentale constitue une condition préalable à une meilleure mise en cohérence. Pour l'heure, la santé mentale n'est comprise que sur le terrain des compétences psychiatriques. Or santé mentale et maladie mentale ne sont pas concurrentes. La santé mentale permet de travailler en amont, d'agir sur tous les leviers de prévention de la maladie mentale et de la dégradation des ressources. Elle permet de dynamiser plus collectivement des ressources sur un territoire donné.

3. Enjeux

Les enjeux seraient donc, dans ce contexte, de légitimer et de renforcer le champ de la santé mentale, en le clarifiant, de promouvoir des actions de proximité dans les domaines sensibles (scolarisation, insertion), de développer la formation et de travailler les liens entre recherche clinique, diagnostic local et prévention. Les Ateliers Santé Ville ont constitué, à ce titre, un cadre intéressant de réflexion.

Je laisse le soin à Pilar Arcella-Giroux de vous en présenter un exemple.

V. Discussion

De la salle, Secours Catholique

Je vous remercie pour cette synthèse excellente, qui formalise les constats que nous pouvons faire sur le terrain. Mais dans cette enceinte, peut-être faudrait-il que nos élus soient présents, pour entendre tous ces propos ? Les expériences que vous avez citées sont très intéressantes, mais il

importe maintenant d'innover – et l'innovation devient du bricolage, faute de moyens. Je souhaite que nos représentants régionaux et nationaux n'oublient que, pour être efficaces, les acteurs de terrain – qui sont en première ligne – aient de véritables moyens.

Le collectif « les morts de la rue » est notamment constitué par les proches, les amis : il s'agit donc de soutenir les plus proches des individus en grande précarité. Nous devons apprendre à travailler avec des personnes qui suivent des logiques très différentes des nôtres, mais qui sont compétents et aussi légitimes que nous. Les familles sont les acteurs en première ligne. Nous devons les soutenir.

Nous avons été obligés de nous auto-discipliner, pour travailler ensemble de manière constructive et complémentaire. Ainsi, parmi ceux qui interviendront au forum social européen, se trouveront les acteurs de première ligne que sont les familles, les proches et les amis. N'oublions pas que les acteurs de la solidarité et de l'accompagnement des individus en souffrance psychique sont aussi les proches, les personnes de proximité qui parlent aux autres.

Sachons reconnaître que nous ne savons pas tout et apprenons à mutualiser nos efforts, à associer nos compétences, à travailler ensemble.

Il existe des enjeux politiques forts – les candidats aux prochaines élections doivent s'engager très précisément. Faisons, nous aussi, des efforts pour travailler avec les acteurs qui ont des compétences complémentaires aux nôtres.

De la salle, Délégation interministérielle à la Ville

Votre présentation était très intéressante, en ce qu'elle permet notamment de parler du ressenti sécuritaire. Le ressenti sécuritaire et la volonté de faire émerger la thématique de la santé mentale nécessitent la création d'espaces de parole publique. Un séminaire de cinq séances invitera, dès le 5 décembre prochain, les élus à travailler ensemble sur ce thème de la santé mentale.

De la salle, ODAS

La sensibilisation des élus des villes et des départements, l'un des thèmes principaux de notre activité, met notamment en avant la valorisation des expériences et la dynamique portée par l'exemplarité. Certains élus sont prêts à se mobiliser sur ce thème. Notre président, Pierre Méhaignerie, communique largement sur l'expérimentation.

Par ailleurs, il va de soi que la démarche de la santé mentale relève de la même dynamique que celle de lutte contre l'exclusion. Nous nous retrouvons tout à fait dans votre synthèse. Si l'avenir est globalement assez sombre, il existe tout de même quelques pistes d'espoir.

Michel JOUBERT

La question de la représentation et de l'exemplarité est, en effet, fondamentale. Pour l'heure, la santé mentale est par trop associée à la prise en charge de la maladie mentale, c'est-à-dire une question spécialisée posée aux seuls psychiatres. La santé mentale ne parle pas aux citoyens. Or nombre d'acteurs et de services sont à même de faire remonter les problématiques diverses de la santé mentale. Ainsi, les professionnels de l'insertion interpellent régulièrement les élus, afin que

soient élaborés des réseaux et engagées des dynamiques d'action commune. L'insécurité elle aussi fait partie de la santé mentale. Il est temps de travailler autrement sur l'insécurité et de placer cette thématique au cœur de l'action collective.

La santé mentale est l'affaire de la collectivité.

De la salle, Cabinet de l'adjointe au maire de Paris chargée de la lutte contre l'exclusion

Je considère pour ma part que l'exclusion est un rapport social. Par ailleurs, la gestion de l'urgence incombe à chacun. Certes, il s'agit pour les collectivités locales d'aider à construire des réseaux et d'allouer des moyens pour aider les acteurs sur le terrain de l'exclusion sociale et de la santé mentale. Mais l'on ne peut pas se limiter à cette approche, ni sur le plan théorique ni sur le plan politique : les élus locaux ne sont pas et ne peuvent pas être les seuls concernés.

La plupart des intervenants du champ social le savent, mais éprouvent parfois des difficultés à se faire entendre. Nous avons besoin de trouver les moyens économiques, politiques et sociaux de dissoudre le rapport social de l'exclusion. Les politiques publiques locales ont les moyens, insuffisants mais réels, d'éviter la chute dans l'exclusion.

De la salle, Secours catholique

Nous sommes mal compris parce que nous ne parlons pas tous des mêmes choses et que nous n'avons pas tous la même vision. Les élus, comme nous tous d'ailleurs, doivent être mieux formés et mieux informés.

L'étude d'ATD Quart Monde et de *Futuribles* est, à ce titre, très intéressante.

Evidemment, il ne s'agit pas d'aménager l'urgence et la précarité. Et pourtant, nous éprouvons les plus grandes difficultés à dépasser ce stade. « Nous ne sommes pas là pour aménager la rue », mais pour créer une société plus juste. Les préconisations du plan Santé doivent concerner tout le monde, mais il est inutile d'expliquer aux pauvres comment bien manger. Il faut tenir compte de leur contexte de vie. Comment parler d'équilibre nutritionnel à des personnes que l'on ne peut pas accueillir dignement dans des locaux pour les nourrir ?

Actuellement nous sommes contraints à proposer des repas dans la rue, à Calais, parce que les pouvoirs publics refusent que nous recevions dans des locaux les demandeurs d'asile se rendant en Grande-Bretagne. Les exemples extrêmes de ce type sont quotidiens.

Nous sommes tous responsables, en tant que citoyens et électeurs. Nous devons savoir écouter et échanger. A défaut, l'échange de savoir-faire ne sera d'aucune efficacité. Si l'on ne tient pas compte des cultures et modes de vie, nous ne pouvons pas être crédibles.

De la salle

Qu'est-ce qu'être exemplaire dans le champ que nous abordons aujourd'hui ? Je me méfie quelque peu des effets contre-productifs de l'exemplarité.

De la salle, Infirmière département à la PJJ

Voilà quelques années, j'ai travaillé sur les premiers dossiers de précarité. Votre synthèse était très intéressante, mettant en avant ce que nous faisons parfois sans le savoir – ce qui est dommage.

L'expertise doit venir des acteurs de première ligne. A défaut, nous n'aurons pas les moyens de travailler dans la durée.

Les Ateliers Santé Ville à Aubervilliers

Pilar ARCELLA-GIRAUX
Psychiatre et médecin santé publique
Coordinatrice ASV / Volet santé mentale

Je souhaite ici parler du travail que nous conduisons dans le cadre de l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers. Les Ateliers Santé Ville ont été créés en 1999, dans le cadre de la politique de la Ville. Il s'agit de faciliter une meilleure coordination entre les acteurs par le soutien aux réseaux médico-sociaux ; de renforcer la participation et la mobilisation des habitants ; d'identifier à niveau local les besoins et les déterminants de l'état de santé des publics en difficulté ; de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins, et de faciliter l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun.

I. Le contexte

A Aubervilliers, la démarche a été initiée en 2001 avec la coordination du Service Communal d'Hygiène et de Santé. Aubervilliers est une ancienne ville ouvrière, dont la population est plutôt jeune (27 % de la population a moins de 20 ans). Le taux de chômage est élevé (22 %), tant pour les hommes que pour les femmes. Sur le plan de la santé, la ville d'Aubervilliers compte sur l'existence relativement ancienne de politiques de santé définies et d'un ensemble de ressources, dont des services spécialisés de psychiatrie.

Au début, lors de la création de l'Atelier Santé Ville, l'idée n'était pas de travailler en santé mentale. Mais ce sujet a tout de suite émergé, lors des réunions de concertation. Nous avons alors constitué un « groupe santé mentale », pour les acteurs les plus concernés. Ce groupe a identifié nombre de difficultés et de besoins, en se focalisant sur les besoins communs à tous. Un état des lieux a été dressé, comportant deux grands champs : les difficultés rencontrées par les publics ; les difficultés rencontrées par les professionnels.

1. Le public

Une partie du public se trouve dans des conditions de précarité qui sont liées aux nouvelles formes de souffrance psychique ou psychosociale : phénomènes d'isolement, difficultés à gérer le quotidien dans les familles et avec les institutions, comportements à risque, sentiments de désespoir, de dévalorisation ou de culpabilité. Ce sentiment de culpabilité explique en grande partie l'absence de demande d'aide : puisque c'est de ma faute, je ne vais pas demander de l'aide. Le sentiment de honte est fort.

Les adolescents en difficulté sont particulièrement concernés par ces problèmes. Certains développent des conduites à risque, mais d'autres s'isolent. Le plus souvent, ils évoluent dans un sentiment d'indétermination quant à leur propre identité et aux possibilités de se projeter dans le futur.

Sont également concernées les personnes isolées avec enfant(s), les personnes âgées et les personnes handicapées sans soutien social suffisant.

Enfin, les migrants primo-arrivants ne trouvent pas les cadres adéquats pour prendre en compte la spécificité de leur trajectoire et de leurs référents culturels. Les sans papiers se retrouvent eux dans une situation de particulière difficulté sociale.

2. Les professionnels

Il n'existe pas de vision partagée sur la façon d'appréhender ces phénomènes. Les représentations des problèmes de santé mentale peuvent apparaître hétérogènes, voire contradictoires – ce qui rend l'intervention difficile ou la cantonne à une approche centrée sur le soin (prescription d'antidépresseurs, anxiolytiques).

Par ailleurs, plusieurs difficultés communes ont été identifiées par les professionnels :

- le manque de moyens pour agir en amont et en aval de situations d'urgence et des passages à l'acte – surtout en cas de violence ou de grande détresse;
- la difficulté de trancher si une personne relève de la psychiatrie ou du soutien social (la confusion autour des notions de souffrance psychique et de maladie mentale facilite l'enclenchement d'une logique de la « patate chaude », consistant à renvoyer les personnes d'un service à l'autre, sans qu'une vraie prise en charge soit mise en place) ;
- le manque de coordination entre les différentes ressources présentes dans la ville qui sont à l'origine de mauvaises orientations et de problèmes d'accès aux dispositifs d'aide ou de soins ;
- le manque d'interventions de première ligne et de dispositifs intermédiaires non stigmatisants. Ces dernières permettent pourtant d'apporter un soutien approprié aux personnes rencontrant ce type de souffrances avant qu'elles ne tombent dans l'urgence ou la maladie.

II. Les actions entreprises dans le cadre de l'Atelier Santé Ville

L'identification des difficultés a duré toute une année et nécessité de nombreuses réunions. En 2002, nous avons enfin pu entreprendre des actions. La première d'entre elles a été la RESAD (Réunion d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté).

1. La RESAD

Cette instance technique et de réflexion interprofessionnelle a été conçue pour proposer un appui aux acteurs sociaux ou de santé et faciliter la coordination et la concertation entre les professionnels, à partir de l'examen de situations concrètes.

La RESAD est composée de membres permanents, qui siègent du fait de leur compétence technique mais aussi de leur fonction de « cadre » - engageant ainsi leur service : Service Social de la Ville,

Centre Henri Duchêne, Mission locale, dispositif RMI et Centre Municipal de Santé. Le Service Communal d'Hygiène et de Santé assure la coordination et l'organisation des réunions.

Nous souhaitons éviter les engagements individuels au profit des engagements institutionnels à fin de garantir la continuité de l'action.

Le professionnel qui sollicite la RESAD y invite les acteurs susceptibles d'apporter leur aide et de contribuer à l'évaluation de la situation – avec l'autorisation de l'individu ou de la famille. Des outils ont été créés, comme un manuel de procédure et une grille de lecture.

Une RESAD est organisée une fois par mois, pour examiner trois cas (une heure par situation). Une évaluation montrant une bonne acceptabilité de ce nouvel outil a été réalisée six mois après sa mise en fonctionnement. Par ailleurs, compte tenu de la spécificité du réseau d'acteurs travaillant autour des personnes âgées, une RESAD-PA s'est mise en place à partir du deuxième semestre 2002, intégrant parmi les membres permanents le CCAS et l'équipe infirmière de soins à domicile de personnes âgées du Centre Municipal de Santé.

Nous sommes confrontés à nombre de difficultés, mais les résistances se réduisent peu à peu et de nouveaux réseaux s'associent à notre démarche (médecins généralistes, OPHLM, bailleurs sociaux etc).

2. Le séminaire « santé mentale, adolescents et familles : les souffrances psychiques liées aux violences »

Une autre action a été conduite en matière de lutte contre la violence. Il s'agissait tout d'abord de créer un espace d'échange et de développement d'une certaine culture commune, le séminaire « santé mentale, adolescents et familles ». Il ne s'agit pas d'un espace académique de conceptualisation et de théorisation, mais bien d'un moment pour travailler sur la pratique, en essayant de construire un cadre nous permettant d'aller plus loin dans la recherche et la mise en place des réponses les plus adaptées pour la ville. Nous avons choisi de travailler particulièrement sur les adolescents en raison de la violence croissante chez les mineurs. Six séances de travail sont programmées. 80 personnes sont déjà inscrites.

La prochaine séance portera sur les interventions psychosociales précoces, pour aborder le thème de la prévention et la promotion de la santé mentale. Il est évident que, si nous voulons éviter que d'autres jeunes soient touchés par les comportements violents, il est essentiel d'intervenir dans une optique de "prévention primaire", c'est-à-dire avant même que des troubles fonctionnels ne soient diagnostiqués.

Deux champs essentiels d'intervention se dégagent alors : d'une part, des interventions visant à modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et en développant les facteurs de protection; d'autre part, des interventions qui cherchent à renforcer la capacité de l'individu à faire face aux difficultés et ainsi développer en lui des facteurs de « robustesse ». Les interventions dites « psychosociales » travaillent à la fois sur ces deux types d'objectif.

Bien entendu, comme pour la santé en général, les conditions de vie ont une importance fondamentale pour le développement d'une bonne santé mentale. D'autre part, les facteurs de protection devraient être pris en compte de manière plus appuyée. Nous pensons en particulier au soutien social - l'individu a le sentiment qu'il est valorisé, aimé et estimé. C'est le sentiment

d'appartenir à un réseau qui tient à lui. Mais il s'agit aussi d'un soutien émotionnel, avec un caractère formateur et matériel - à l'estime de soi, à la présence de confidents, à l'auto-efficacité, et à l'appartenance qui sont des facteurs de protection primordiaux.

III. Discussion

Michel JOUBERT

Le service social a été moteur dans cette dynamique, à Aubervilliers. Une cartographie des différentes situations a été élaborée, au travers de questionnaires. La direction du PDI a ensuite mené le même travail. Se sont enfin associés les médecins généralistes

De fait, une étude (URML) montre que 40 % des consultations des médecins généralistes relèvent de la santé mentale (dont seulement 15 % de maladies mentales), en Ile-de-France. Ces derniers sont donc directement concernés.

Pilar ARCELLA-GIRAUX

Le terme psychosocial ne va d'ailleurs pas sans poser de problèmes. La RESAD s'intéresse à des situations qui ne peuvent pas être portées par un unique acteur, psychiatre ou travailleur social. C'est en ce sens qu'elle emploie la terminologie « psychosocial ».

De la salle

Quelle est la disponibilité des psychiatres ?

Pilar ARCELLA-GIRAUX

Les services qui portent la démarche existent depuis longtemps, et il y a des liens forts en particulier avec la pédopsychiatrie (CMP et CMPP). Quoi qu'il en soit, la disponibilité doit être très importante, les demandeurs doivent pouvoir rencontrer les psychiatres et les autres acteurs. Nous effectuons un réel travail de fourmi afin de prendre en compte les limites et les difficultés de chaque acteur et de les aider à faire vivre les liens.

Il est vrai que la psychiatrie a tendance à se refermer sur elle-même, notamment par manque de moyens. C'est pourquoi, par exemple, nous organisons certaines réunions dans les locaux du CMP.

Le coordinateur de l'Atelier Santé Ville a toujours été un médecin, jusqu'ici. Les acteurs sociaux considèrent que c'est important pour faciliter la prise de contact avec les centres médicaux.

De la salle

Qu'est-ce que le centre Duchêne et le Centre Municipal de Santé ?

Pilar ARCELLA-GIRAUX

Le centre Duchêne regroupe le CMP et le CAS. Le Centre Municipal de Santé, lui, a été créé par la mairie et propose des consultations médicales et des actions de prévention comme la vaccination.

De la salle, Neuropsychiatre

J'ai le sentiment que vous avez été contrainte de segmenter les interventions : santé, santé mentale, psychiatrie. Comme si une sur-spécialisation était nécessaire pour traiter de l'humain. Chaque institution est acculée à se réunir selon cette démarche.

Par ailleurs, l'appel croissant à la psychiatrie me pose question. Est-ce que l'intervenant ne se sent pas fondé, en tant qu'humain, pour répondre à un humain qui l'interpelle dans son champ de compétences ? Le terme psychosocial ne reflète pas la réalité. Il s'agit d'autre chose. Je pense que nous assistons à une réelle mutation.

Nous ne sommes plus capables, dans notre société, d'entendre les gens qui parlent différemment.

Pilar ARCELLA-GIRAUX

Je suis convaincue que la santé mentale est une composante transversale de la santé.

Le rôle du psychiatre dans la société actuelle est un vrai sujet. Dans la RESAD, nous faisons en sorte que les psychiatres ne soient pas consultés de façon individuelle: le groupe réunit plusieurs compétences, le médecin généraliste, l'équipe de soins à domicile, l'acteur social. Nous tentons de réunir des points de vue différents et plusieurs facettes de l'humain.

De la salle, Psychologue clinicien

La difficulté de communiquer ressort de toutes les interventions que nous entendons aujourd'hui. Cela me fait penser aux problématiques transculturelles. La communication peut être « soignée » dans le champ de la psychiatrie ou du social, mais cette démarche doit être transcendée par autre chose. Les Atelier Santé Ville sont un bon outil.

Rencontre et accompagnement social **dans les contextes d'urgence**

Jean-Louis DAUTEUIL
Cité Saint-Martin

Bonjour. Je tenterai ici de compléter les deux premières interventions, parfaitement cohérentes l'une avec l'autre. J'emploierai pour ma part le terme socio-médical et non psychosocial.

Mon service, qui est un CHRS, est en outre spécialisé dans l'urgence. Or, sans être par trop utopique, je souhaite que la thématique de l'urgence soit dépassée. De fait, elle est de plus en plus remise en cause.

I. La Cité Saint-Martin

C'est grâce au CHRS que nous avons pu développer des réponses adaptées à l'urgence. Il se retrouve au bout d'une chaîne, qui est le réceptacle de toutes les formes de souffrance et d'exclusion de la société. Il est donc sous compétence d'Etat – alors même que le travail d'insertion s'ancre nécessairement dans un territoire. Nous pensions initialement que nous devions avoir, au sein des CHRS, toutes les réponses aux demandes psychosociales. Depuis l'émergence de l'urgence, dans les années 80, cette idée d'extraterritorialité a volé en éclats, laissant la place au travail en réseau.

Le spécialiste a de plus en plus droit de citer dans notre société – sans qu'il existe de réel filtre en amont, *via* une aide de première ligne. Le symptôme est isolé afin d'être traité pour que l'individu puisse se réinsérer dans la société dite normale. Je ferais ici le parallèle avec la mise en place des bracelets électroniques pour les prisonniers en liberté sous condition.

Bien que nous soyons spécialisés dans l'urgence, les durées de séjour deviennent de plus en plus importantes. Se greffent souvent à l'urgence des difficultés psychosociales – et il faut de plus en plus souvent donner accès aux soins. L'urgence devient un pont, un espace intermédiaire.

Au sein de la Cité Saint-Martin, nous avons mis en place un accueil d'urgence. Le CHRS est un lieu de lutte contre l'exclusion, qui représente une interface avec la société.

La loi du 2 janvier 2002 et celle de mars 2002 rappellent que l'utilisateur est un citoyen. L'urgence, avant les années 80, était laissée au caritatif et le social n'avait pas droit de citer en la matière. La paupérisation et la précarisation croissante de la population ont changé la donne.

Pour caricaturer les choses, l'on peut considérer qu'il existe deux types d'urgence : l'urgence due à une rupture récente et l'urgence installée. L'Etat finance très peu l'urgence. Un CHRS est doté deux ou trois fois plus seulement qu'un centre d'hébergement d'urgence. Les médecins de famille ont à peu près disparu et la médecine de ville a largement évolué. La situation hospitalière est devenue ingérable.

Nous accueillons sans entretien préalable, pour aider les personnes à construire leur présent. L'épidémie du sida est arrivée rapidement dans nos murs. Nous avons accueilli nombre de séropositifs – et alerté les pouvoirs publics. Un médecin a alors intégré notre équipe et le rapport médico-social est devenu égalitaire. Nous avons appris à travailler dans un véritable équilibre.

Les problèmes de santé sont graves dans nos établissements. Nous devons mener un travail sanitaire, de prévention mais aussi thérapeutique. Nous nous sommes battus pour élargir la place du médical dans notre institution. Nous avons créé un comité de pilotage. Cette démarche était fortement dénoncée par les pouvoirs publics. Mais, à terme, nous avons bénéficié des services d'une infirmière et d'un médecin, ce qui nous a permis de mettre en place une antenne médicale.

La parole du médecin ne doit pas être contradictoire avec celles du psychologue et du travailleur social, dans un souci de continuité des soins. Nous pensons l'hébergement en termes de moment de soins.

L'antenne se réunit une fois par trimestre, pour définir la politique sanitaire de l'établissement.

Nous avons accepté des personnes toxicomanes, dans la mesure où nous sommes un centre d'accueil et d'hébergement tout public. Nous nous sommes alors appuyés sur le CSST Emergence, dans un véritable partenariat, une alliance de compétences.

Les souffrances psychiques ont largement bénéficié de tous ces travaux antérieurs. La fermeture des lits hospitaliers a été très forte en Ile-de-France, mettant une nouvelle population à la rue. Nous avons alors mené un travail en lien avec la DDASS, afin d'organiser des rencontres entre les structures psychiatriques et les structures sociales.

Nous avons passé convention avec deux CNP et le CAC du troisième arrondissement, afin de répondre aux besoins des personnes sortant d'hôpital psychiatrique. Nous nous réunissons régulièrement et nous avons mis en avant deux notions : la notion de durée et la notion d'énergie et d'investissement.

La Ville de Paris s'est emparée de la question de la santé mentale grâce à l'élu du XX^e arrondissement et suite à la tentative d'attentat contre Monsieur Delanoë. Les politiques ont pris conscience du besoin de coordination. Des antennes de santé mentale ont été mises en place dans plusieurs arrondissements – en collaboration avec les associations d'usagers. Il s'agit de construire, avec le secteur psychiatrique, des solutions d'hébergement et d'accompagnement social pour l'ensemble du public. Nous ne pouvons, à mon sens, que nous en féliciter.

II. Discussion

Michel JOUBERT

Nombre de personnes ayant besoin de soins se retrouvent dans la rue ou en prison. Cette situation, qui existe au nom de l'économie de moyens, est anormale. Il est grand besoin de la conception et de la gestion d'une politique publique en matière de santé publique.

Annie CADENEL, Chargée de mission « santé mentale et précarité » à la DDASS 94

Le bulletin semestriel « de file en fils » résulte d'un travail à l'initiative de la DDASS du Val-de-Marne et s'appuyant sur les services de terrain. Les services déconcentrés de l'Etat ont les moyens d'une courroie de transmission. S'y ajoute l'investissement des individus qui les composent.

Nous avons mis en œuvre tous les moyens, notamment financiers, permettant aux acteurs qui souhaitaient s'engager sur des actions de travail de réseau et partenarial avec les acteurs sociaux de le faire dans les meilleures conditions possibles. Les craintes du secteur psychiatrique de se faire déborder par les patients vivant dans la précarité ou l'exclusion ont ainsi pu s'estomper – l'avantage de travailler avec d'autres acteurs est même apparu très clairement. De fait, les secteurs de psychiatrie ne peuvent que bénéficier, en tant qu'institutions soignantes et en tant que professionnels de soins, d'un travail en réseau, avec d'autres. Et ce bénéfice revient aussi à leurs propres usagers.

Durant très longtemps, les secteurs de la psychiatrie ont tenté d'apporter toutes les réponses possibles à leur patients. Ils sont aujourd'hui confrontés à une incapacité de faire. Il ne leur est désormais plus possible de travailler en vase clos. Le bulletin leur offre la possibilité de rencontrer d'autres secteurs.

Le bulletin est un lieu d'expression et d'échanges. Le prochain numéro paraîtra au mois de janvier 2004. Le comité de rédaction est élargi aux acteurs de terrains (travailleurs sociaux et infirmiers).

Jean-Louis DAUTEUIL

« Réseau » et « partenariat » sont, à mes yeux, deux choses différentes. Le partenariat entraîne un changement mutuel de pratiques. Son action et son champ vont donc au-delà du système de réseau.

Michel JOUBERT

Je vous remercie.

BIBLIOGRAPHIE

- Robert Castel, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé*, Seuil, 2003
- Christophe Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Seuil, 1998
- Alain Ehrenberg, A. Lovell (eds), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2001
- Jean Furtos, Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy), *Pratiques en santé mentale* n°1, 2000, pp. 23-32
- E. Jacob, M. Joubert, S. Touzé, Les points écoute de prévention de la toxicomanie et des conduites à risques contexte d'émergence et positionnements préventifs, dans C. Faugeron, M. Kokoreff, *Société avec drogues*, Erès, 2001
- E. Jacob, M. Joubert, S. Touzé, Évaluation des Points- Écoute Jeunes et Parents (circulaire de 1997), RESSCOM-OFDT, 1999
- Pascale Jamouille, *La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck, 2002
- M. Joubert (ed), *Santé mentale, ville et violences*, Erès.
- Michel Joubert, Chantal Mannoni (2003), *Les ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis*, Profession Banlieue.
- M. Joubert, Une approche sociologique de la santé mentale, *La santé de l'homme*, INPES, mai-juin 2002, pp.6-9 (2)
- M. Joubert, Les déterminants sociaux de la souffrance psychique, dans M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, N. Ringa (eds), *Précarisation, risques et santé*, Ed. INSERM, 2000
- Michel Joubert (1998), Crise des supports sociaux et démarches de santé communautaire, *Revue internationale de Psychosociologie*, vol. V., n°9, pp. 123-134
- J.-B. Robichaud, L.Guay, C. Colin, M. Pothier, J.F. Saucier, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1994
- Viviane Kovess-Masféty, *Précarité et santé mentale*, Doin, 2001