

Santé mentale, ville et violences

Collection « Questions vives sur la banlieue »

Dirigée par Pierre Cours-Salies

L'objet de cette collection est défini à la fois comme « la banlieue » et « les banlieues » : la banlieue comme objet problématique, les banlieues comme objets empiriques. La collection ne se laissera pas enfermer dans la réduction des banlieues, plurielles et diverses, à un territoire stigmatisé nommé la banlieue. Toute banlieue présente des caractéristiques singulières et irréductibles, toute banlieue est un territoire hétérogène. Pour le chercheur, la banlieue constitue un ensemble de problèmes, de dispositifs, de politiques, de logiques d'action, articulés dans un espace. Elle est ce lieu où les contradictions qui travaillent la société contemporaine sont plus vives, plus complexes et souvent plus précoces qu'ailleurs. Un tel lieu ne peut devenir intelligible que par une circulation de savoirs d'origines et de natures différentes.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

sous la direction de
Michel Joubert

Santé mentale, ville et violences

OBVIES – UNIVERSITÉ PARIS 8

érès

Ouvrage publié avec le concours
du Conseil scientifique de l'université Paris 8

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2013
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-2940-9
Première édition © Éditions érès 2004 (1^{re} édition 2003)
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

Introduction.	7
<i>Première partie – Santé mentale et santé publique : repères, catégories et territoires</i>	11
Perturbations sociales et santé mentale <i>Michel Joubert</i>	13
Écologie sociale, résilience et santé <i>Michel Tousignant</i>	21
Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave <i>Livia Velpry</i>	35
<i>Deuxième partie – Précarisation, souffrances et violences</i>	61
Précarisation des supports sociaux, chômage et santé mentale <i>Michel Joubert</i>	63
La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques <i>Pascale Jamouille</i>	87
La déscolarisation : un problème de sécurité ou de santé mentale ? <i>François Sicot</i>	101

Qualité de vie et santé mentale chez les adolescents <i>Alice Dazord, Sabine Manificat</i>	121
« Faut pas m'prendre la tête, moi j'suis taré ! » Impasses psychosociologiques au sein du milieu juvénile le plus démuné des cités HLM <i>Thomas Sauvadet</i>	133
Citoyenneté et santé mentale <i>Jean Maisondieu</i>	155
Les occasions manquées <i>Robert Bres</i>	177
La santé mentale en population générale Une expérience dans les quartiers nord de Marseille <i>Dolores Boissinot Torres</i>	185
AZF Toulouse : réflexions sur le travail autour de la catastrophe <i>Bernard Doray</i>	199
Psychiatrie, santé mentale et démocratie sanitaire : des grands principes à la réalité <i>Jean-Luc Roelandt</i>	213
 Troisième partie – Vers une politique publique en matière de santé mentale	 227
 1. Les politiques locales	 229
 Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques <i>Michel Joubert, Fernando Bertolotto</i>	 229
La santé mentale dans la cité <i>Laurent El Ghozi</i>	253
 2. Nouveaux vecteurs d'expression	 265
 Des individus dans la ville <i>Natalie Rigaux</i>	 265
Le travail en santé mentale dans un « Point accueil jeunes » 1. Un cadre pour l'imaginaire <i>Françoise Savelli</i>	287
2. La violence créative <i>Martin Carrasco-Bakero</i>	289

Santé mentale et insertion <i>Plate-forme de développement individuel d'Issy-Les-Moulineaux</i>	295
3. Un débat d'orientation pour les politiques publiques.	313
La santé mentale est-elle une alternative à la psychiatrie ? <i>Jean-Pierre Martin.</i>	313
Politique de la ville et approches innovantes dans le champ de la santé mentale <i>Claude Brévan, Catherine Richard.</i>	327
Bibliographie	337
Liste et fonctions des auteurs	349
Liste des sigles utilisés	351

Introduction

ENTRE 1999 et 2000, un séminaire animé par l'association RESSCOM (Recherches et évaluations sociologiques sur la santé et les actions communautaires), co-organisé avec la Délégation interministérielle à la Ville et la Direction générale de la Santé, s'est tenu pour débattre des problématiques de santé mentale telles qu'elles se trouvent appréhendées aujourd'hui par les chercheurs et les professionnels travaillant en direction des publics en difficulté. Plusieurs enseignants-chercheurs des universités Paris 8 et Paris 13 y ont participé.

Les politiques de santé mises en œuvre au niveau local font apparaître des évolutions notables, tant sur le plan des problématiques des publics « sensibles » (mal-être, violences, conduites à risques et consommation de produits psychoactifs) que sur celui de l'orientation des professionnels (travail de proximité, réduction des risques, alliances préventives) et des méthodes d'intervention (participation des usagers, travail en réseau, dynamiques communautaires...).

Les questions de santé mentale y entretiennent des correspondances avec les problématiques développées dans d'autres champs, notamment ceux des conduites addictives, de l'action sociale et de la sécurité publique. Acteurs locaux, techniciens et élus s'interrogent aujourd'hui sur les moyens d'introduire des régulations préventives au plus près des déterminants du cadre de vie quotidien des habitants, en essayant d'éviter les actions lourdes, coupées de la population, et de promouvoir de nouveaux supports de communication locale.

Cette série de séminaires répondait au besoin, ressenti par un certain nombre de chercheurs, d'acteurs et de cliniciens dans le champ de la santé mentale, de faire le point sur les principales avancées en matière de prévention et de promotion de la santé mentale au regard des problèmes qui se posent aujourd'hui pour une fraction des habitants des grandes villes (dépression, mal-être et mal-vivre, violences). Les contributions et les discussions ont fait l'objet de comptes rendus et d'un bulletin synthétique ¹. L'intérêt suscité par ce séminaire nous a conduit à penser qu'il pourrait être prolongé par un ouvrage de référence qui permettrait à certains des auteurs de développer leur pensée et à d'autres d'aider à approfondir cette exploration.

En France, contrairement à d'autres pays, le champ de la santé mentale reste à définir et à structurer, tant pour les institutions que pour les professionnels et les chercheurs. Cela suppose de sortir du tropisme médical, notamment psychiatrique. Depuis le rapport Strohl-Lazarus (1995) consacré à la reconnaissance des différentes formes de souffrance psychosociale, de nombreuses actions, recherches et réflexions ont été initiées en France. Des actions ont été engagées au niveau local ; des recherches se sont efforcées de dépasser les découpages traditionnels entre domaines de connaissance (sociologie, ethnologie, épidémiologie, psychologie) ; des réflexions ont associé des acteurs très différents cherchant à identifier des ressources et des ressorts permettant d'agir dans le domaine de la santé mentale.

Plusieurs débats de fond pour l'avenir des politiques sanitaires et sociales ont été amorcés : un *débat de définition*, d'abord, puisqu'il s'agissait de sortir d'une représentation du champ dominée par les seules maladies mentales – la santé mentale appréhendée sous l'angle des « problèmes » (Kovess, 1996) avec la toute-puissance des grands systèmes de classification psychiatrique – sans pour autant verser dans une appréhension de santé globale où tous les déterminants seraient confondus. Un *débat de praticiens* ensuite, car la plupart des acteurs de terrain et des décideurs, sur les plans sanitaire et social, sont confrontés très concrètement à ce que l'on pourrait appeler des imbrications et des interactions entre des déterminants multiples (psychiques, sociaux, culturels, contextuels), qui concourent au développement des processus de fragilisation et de déstabilisation des individus. Les travailleurs sociaux et les intervenants éducatifs, tout comme les acteurs sanitaires s'interrogent depuis le début des années 1990 sur la manière d'engager des actions de prévention en direction des publics qu'ils perçoivent comme plus particulièrement exposés à ces phénomènes. Le modèle vaccinal de la prévention (s'attaquer à l'agent actif du problème, le neutraliser) ne peut pas

1. RESSCOM, DIV, *Séminaire Ville, violences et santé mentale*, Bulletin n° 1, avril 2001.

s'appliquer ici ; celui du dépistage (détecter les prémices de la présence du mal) non plus. Les causalités sont multiples et ne tiennent pas seulement à l'individu : l'environnement, le contexte social, familial et urbain, jouent un très grand rôle dans les modes tant de déclenchement que de manifestation de ces problèmes.

Pour réfléchir sur ces questions et analyser les expériences intéressantes au regard de cette problématique, il a semblé utile de rassembler des contributions sur plusieurs axes :

- des mises au point sur les définitions, comme sur les conditions d'utilisation des classifications en vigueur dans le champ de la psychiatrie ² – les ambiguïtés sous-jacentes à ces débats ont longtemps occulté la prise en compte et le développement des expériences de prévention dans ce secteur – ;
- le croisement de travaux (recherches en sciences sociales, expériences et engagement des professionnels) ayant porté sur les relations entre « exclusion et santé mentale », précarisation et souffrances psychosociales (violence, suicide, errance, déscolarisation et désinsertion), santé mentale et conduites à risques ; il œuvre à la compréhension des déterminants sociaux de la santé mentale, mais aussi des feedback entre souffrance psychique et ratés de socialisation particulièrement marqués chez certaines catégories d'adolescents ;
- une approche des modalités d'intervention visant à agir sur ces interactions (prévention, accès aux soins, réduction des risques), qu'il s'agisse de la psychiatrie (politique de secteur), des politiques locales ou des formes de travail associatives et communautaires ayant investi le champ de l'écoute. ■

2. R. Massé, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin, 1995 ; S. Kirk, H. Kutchins, *Aimez-vous les DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

Première partie – **Santé mentale
et santé publique :
repères, catégories
et territoires**

Perturbations sociales et santé mentale *

Michel Joubert

PARLER DE SANTÉ MENTALE en France s'est longtemps résumé à parler de psychiatrie, de soins ou de « conduites déviantes » : suicide, toxicomanie (Lepoutre, Kervasoué, 2002). Pourtant, dans beaucoup de pays, cela fait une vingtaine d'années que la conception de la santé mentale s'est élargie en intégrant l'appréhension d'un ensemble de déterminants relatifs aux interactions entre les individus et leur environnement, qu'il s'agisse de la santé mentale des jeunes (Comité de la santé mentale du Québec, 1985), des immigrants (Vezina *et al.*, 1992), de la santé mentale au travail (Bibeau *et al.*, 1992), des politiques de prévention (Blanchet *et al.*, 1993) ou de l'impact de la pauvreté (Robichaud *et al.*, 1994).

Au contraire de la maladie, la santé mentale ne « cristallise » pas socialement ou institutionnellement. Il faut pour cela des bases biologiques établies, une définition du statut des personnes touchées, des professionnels et instances spécialisés compétentes, une régulation des interactions explicitement centrées sur la gestion du phénomène... La santé mentale apparaît en premier lieu comme un espace de représentation (Herzlich, 1969) traversé par divers marqueurs sociaux et culturels qui la positionnent à l'interface de problématiques plus objectives comme le travail, la famille ou la position sociale. La dimension subjective et relative de la définition de la santé par l'OMS (sen-

* Reprise de l'article publié dans *La santé de l'homme*, Joubert, 2002b.

timent de bien-être ou de mal-être) se trouve renforcée avec la santé mentale : la qualité de la « vie mentale » (corrélée aux conditions de vie) et les variables psychosociales (respect, protection, promotion) se trouvent placées au premier plan (OMS, 1981). Travailler sur la santé mentale aujourd'hui revient donc à aborder conjointement la manière dont les « problèmes » sont produits socialement, se manifestent et sont intégrées par les personnes et sont pris en compte par les différentes catégories de professionnels concernés, psychiatres compris. Pour comprendre la manière dont émerge aujourd'hui cette demande sociale, il faut d'abord essayer de décoder les débats de définition.

Un enjeu et une lutte de définition

Aborder le champ de la santé mentale suppose d'abord de tracer clairement les lignes de partage et d'interaction avec les phénomènes relevant strictement de la maladie mentale. Il existe une difficulté à penser les deux termes comme participant d'un même champ : le premier (santé mentale) renvoie à une grande pluralité de facteurs (déterminants sociaux, environnementaux et individuels, de la santé), alors que le deuxième (maladie mentale) rend compte d'une modalité particulière de classement, de gestion et de traitement des troubles psychiques. La tendance dominante consiste, depuis les années 1980, à penser les questions de santé mentale à partir d'un modèle dichotomique à dominante médicale (être en bonne santé mentale/être malade mental). Ce modèle présuppose que les personnes qui connaissent des troubles sur le plan psychique entrent dans une pathologie avec des symptômes répertoriés qui peuvent relever de catégories médicales spécialisées (Kirk *et al.*, 1998). Nous aurions d'un côté une « santé mentale positive » (Kovess, 1996) et de l'autre des pathologies reconnues susceptibles de faire l'objet de soins spécialisés. Cette vision duale n'a pas permis de comprendre les « états intermédiaires » (tensions, formes de détresse, niveaux de vulnérabilité...) qui portent des souffrances et appellent des secours, ni les processus (déstabilisation, potentialisation, *feedback*...) qui permettraient d'agir préventivement sur les différentes formes d'aggravation ou de passage à l'acte. Pour rester dans une « santé mentale positive », il suffirait de préserver des équilibres relationnels et un bon soutien social, de bénéficier de conditions de vie satisfaisantes et d'activités valorisantes. Or on connaît bien les limites et le dilemme portés par ce genre de préconisations ¹ : la prévention reste incantatoire et ce sont les déterminants pathologiques qui dominent l'orientation des politiques publiques (soins, prise en charge). Nous avons long-

1. Cf. Vignat (1999) et Congrès de Grenoble de la SFSP (1998).

temps connu la même équation dans le domaine de la toxicomanie (Bergeron, 1999).

Il est possible de distinguer dans la définition du champ de la santé mentale trois orientations qui renvoient à trois logiques d'intervention : la santé mentale considérée comme un capital, se rapprochant de la promotion de la santé ; la santé mentale comme domaine d'expression de la souffrance, intégrant des composantes sociales et culturelles ; enfin, la santé mentale considérée comme le plan où les individus se confrontent à l'adversité, s'adaptent ou recherchent de nouveaux équilibres.

Les synthèses nord-américaines relatives aux réalités et aux processus concernés² recensent plusieurs composantes psychosociales qui rendent bien compte de la modélisation des attentes de la société à l'égard des individus : l'estime et l'acceptation de soi ; la réalisation de ses potentiels (développement personnel, autonomie, objectifs de vie, maîtrise de l'environnement) ; la capacité à se maintenir en forme ; l'engagement dans des relations significatives et positives avec autrui ; le bien-être psychologique. Un anthropologue québécois de la santé (Massé, 1995 ; Massé *et al.*, 1998) a tenté d'identifier des « idiomes de détresse », c'est-à-dire les formes et les canaux d'expression (culturels et sociaux) permettant aux individus d'exprimer la souffrance psychosociale et le malheur intime (Laé et Murard, 1995). Il les regroupe autour de quatre pôles : les logiques d'autodévalorisation (ou de dépréciation de soi) ; les mécanismes de démoralisation (perte de sens, pessimisme à l'égard du futur) ; l'angoisse et le stress ; le retrait, avec le repli sur soi et l'isolement social. Il s'agirait ici moins de symptômes que de modes d'expression utilisés par les personnes pour rendre compte de ce qu'elles ressentent. Ils expriment et traduisent les tensions vécues sur la scène sociale, qu'elle soit privée ou publique. Ils ont du mal à s'inscrire dans les modalités de communication classiques ; les déterminants sociaux et culturels interagissent fortement sur les conditions de leur expression – place du « rapport à soi », de la possibilité d'échanger sur les « malheurs intimes » – (Ehrenberg, 1998). Parler de ce que l'on ressent de négatif sur « soi » est vécu comme une marche de plus dans la dévalorisation (Gaulejac, 1996) ; pour « garder la face », on aura tendance à masquer, occulter ou euphémiser. Cela vaudrait dans les relations conjugales comme dans les relations entre pairs chez les adolescents et les relations ordinaires de sociabilité. Cette difficulté a d'importantes incidences sur le plan social : les attitudes de repli viennent bouleverser les interactions sociales et les logiques de soutien ; la dévalorisation

2. Cf. le bilan effectué pour les États-Unis par Horvitz et Scheid (1999). Au Québec, c'est en 1985 qu'un travail a été engagé sur la définition du champ (Corin *et al.*, 1985). Plus récemment, cf. V. Kovess-Masfáty, 2001, pour les interactions entre précarité et santé mentale.

conduit à abaisser le seuil d'interpellation à l'égard des intervenants sociaux ; la démoralisation peut conduire l'individu à « prendre sur lui », c'est-à-dire à se considérer comme seul responsable des difficultés qu'il rencontre.

La santé mentale peut enfin être appréhendée du point de vue des logiques d'adaptation dans lesquelles s'inscrivent les personnes. L'attention est alors portée sur les ressources mobilisées par les personnes (Tousignant, 1988) : la territorialité ; les capacités d'attachement ; la résilience (Cyrulnik, 1993) ; *l'empowerment* (Ninacs, 1995 ; Ozamiz, 2001) ; le soutien social et les mécanismes de protection. Mais comment mesurer et saisir ces processus sans stigmatiser ? Comment écouter et aider sans alimenter la honte et la dévalorisation ? Comment développer le sentiment de compétence sans psychologiser la situation d'une personne ? Comment prévenir sans s'immiscer abusivement dans la vie des individus ? Comment effacer le rôle du contexte et des processus qui conduisent à « produire du malheur » (*Rhizome*, 2001) ? Il est possible de repérer dans une communauté (un groupe, les habitants d'un quartier, d'une région) des capacités de « résilience sociale », c'est-à-dire une aptitude partagée à produire des ressources et une mobilisation appropriée permettant de répondre aux détresses individuelles et collectives (cf. l'article de Tousignant dans cet ouvrage). C'est sur cette « capacité » de mobilisation que tablent la plupart des interventions (promotion de la santé, actions communautaires, travail social, mobilisations syndicales et politiques) : la prise de conscience ; l'interpellation sociale et politique ; les différentes formes de lutte sur les conditions de vie et de travail ; la qualité de l'espace public (salubrité, sécurité, services publics, droits sociaux).

La définition qui se dessine au croisement de ces trois orientations permet de dépasser l'image dichotomique de la présence ou de l'absence d'un trouble mental. Cela n'empêche pas la santé mentale de fonctionner ici comme une valeur, c'est-à-dire comme un idéal rationnel de ce qu'une société, à un moment donné, considère comme l'optimum d'équilibre vers lequel les individus devraient tendre ; un cadre normatif autour duquel tout un ensemble de jugements, de sanctions et de traitement des individus vont œuvrer, assistés d'instances informelles d'évaluation agissant au travers des échanges interindividuels. On y retrouve le travail (capacité à s'adapter, à atteindre des performances), l'intervention sociale (besoin d'aide) et les expertises médicales (qualification des pathologies), mais aussi la famille et les pairs (évaluation de la capacité de chacun à tenir son rôle sur le plan des affects et de la sociabilité). À chaque niveau d'interaction, des logiques d'évaluation engageant des valeurs et des jugements se trouvent impliquées et participent à qualifier, mais aussi à conforter, l'état de santé mentale d'une personne. Cette dernière serait alors conduite à intégrer ces éléments, à les

constituer comme repères susceptibles de l'aider à s'identifier ou à se démarquer. La « psychologie commune », c'est-à-dire les schèmes utilisés par les individus pour construire les représentations de soi et les sensations identitaires, intègre un standard de ces valeurs : ce qui fait qu'à un moment donné on considère « aller bien » ou « aller mal », on se sent « bien dans sa peau », à « sa place » ou, au contraire, en tension ou en crise identitaire (ne pas se reconnaître et donc s'apprécier, on se sent « déplacé » ou disqualifié et on en souffre). Les déterminants sociaux pèsent ici fortement. Les processus de qualification/invalidation qui traversent l'institution scolaire, la sphère de l'insertion professionnelle et l'espace public, interfèrent ouvertement sur la pondération et le jeu des « marqueurs » de santé mentale.

Comprendre les difficultés et les souffrances vécues, sur un plan sociologique ou anthropologique, suppose que l'on adopte une approche multidimensionnelle de la santé mentale permettant d'identifier les composantes de l'expérience des personnes affectées : manière d'aborder les difficultés, de rendre compte de sa détresse. Ce genre d'investigation permet de percevoir des configurations d'expression plus « ouvertes » (moins psychologisées) de la souffrance vécue en y réintégrant les variations sociales et culturelles dans la manière de traduire les affects, les émotions et la souffrance (Kleinman et Good, 1985).

Les cadres sociaux de l'expérience individuelle et de la souffrance psychique

Les travaux de Goffman (1991) ont abordé les normes et les cadres qui dessinent les conditions que les individus doivent intégrer pour interagir avec des formes routinisées d'expression de la souffrance et des difficultés (Kleinman, 1988) qui peuvent déstabiliser la logique même de l'expérience sociale. Les processus dits d'exclusion, la dégradation des supports sociaux résultant de conditions sociales précaires peuvent faire voler en éclat ces « cadres de l'expérience », avec la nécessité pour les personnes de se reconstituer des cadres adaptés. Les travaux auxquels nous avons participé pointent l'imbrication de ces cadres de référence dans l'histoire des personnes les plus vulnérables. À défaut de pouvoir disposer d'un support social stable et cohérent (Joubert, 1998) dans les contextes de précarisation (Joubert, 2000), les personnes sont conduites à bricoler des supports de fortune, à s'inscrire dans des manifestations « pathologiques », jusqu'à développer des conduites « limites » en recourant à diverses logiques de substitution ou de déplacement. Cette manière d'envisager la santé mentale redonne une place aux bases de l'inscription des individus dans le système social et au « sens de la

cohérence » (Antonovsky, 1998) des pratiques individuelles et collectives. Beaucoup des déséquilibres qui s'expriment sur le registre de la santé mentale (tentatives de suicide, dépression, consommation excessive de produits psychoactifs, violences) apparaissent alors comme des résultantes des processus de vulnérabilisation qui traversent les différentes sphères de la vie sociale. Il s'agit ici non pas de réduire les dimensions proprement individuelles, tant de la fragilité que de la manière de traduire et d'exprimer les tensions et traumatismes vécus, mais de les rapporter à l'évolution des cadres sociaux (Joubert, 2002). Cette manière de voir a des incidences directes sur les possibilités d'action en santé publique.

Les ressorts psychosociaux de l'amplification des perturbations sociales

L'évolution des modes de vie, l'impact de la précarisation et de l'individualisation croissantes sur le « sentiment de soi » et les référents identitaires contribuent à fragiliser des fractions de plus en plus importantes de la population sur le plan des capacités à la « confrontation » et à l'« adaptation ». De nombreuses perturbations sociales (ruptures de cadre et de liens, temporalités vacillantes, chronicisation des injonctions paradoxales) ont contribué à faire de la santé mentale un problème de santé publique à part entière.

Les personnes connaissant de profondes difficultés sociales – chômage (Ozamiz *et al.*, 2001), précarité, insertion, événements de vie fortement déstabilisants... – sont confrontées à des *problèmes de santé mentale*, dans le sens où elles doivent s'adapter à des conditions pour lesquelles elles ne sont pas préparées, gérer leurs relations et leurs émotions en conséquence, de façon à rétablir un minimum d'équilibre (bien-être subjectif, développement et emploi optimum des capacités mentales, cognitives, affectives et relationnelles, réalisation des buts individuels et collectifs...). Ces situations conduisent une partie d'entre eux à potentialiser des fragilités psychologiques au travers de troubles psychiques caractérisés. La précarité rend le travail d'ajustement extrêmement difficile, d'autant plus que les personnes ne sont pas forcément en demande d'une aide spécifique : leurs « problèmes sociaux » priment ; les « psy » leur font peur et elles ne voient pas très bien le type d'aide qu'ils pourraient leur apporter. Le paradoxe d'un problème vécu sans possibilité de s'exprimer ou de demander une aide se trouve à la source d'un enchaînement d'autres difficultés : dégradation des relations avec les proches (famille, travail...) ; culpabilisation (prendre sur soi, autodévalorisation) ; engagement de conduites problématiques ; consommation excessive de pro-

duits psychoactifs ; perte de contrôle dans les interactions ; passages à l'acte (Kovess *et al.*, 2001).

La santé mentale comme zone d'articulation

Le thème de la santé mentale est l'objet d'une interrogation croissante (Ehrenberg et Lovell, 2001). Il était jusqu'ici du ressort de la gestion individuelle des difficultés psychologiques : prescription de thérapies, de psychotropes et de divers produits censés assurer la « remise en forme » (Castel et Cerf, 1980) avec un marché de prestations en grande partie réservé aux classes moyennes et supérieures. Il réapparaît, à une échelle significative, avec la « question de l'exclusion » et la découverte des troubles « psychosociaux » (Jaeger, 2000 ; Strohl et Lazarus, 1994) vécus par les personnes en grandes difficultés socio-économiques (sans domicile, allocataires du RMI). Les demandes remontent aujourd'hui de la dynamique engagée par les PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, dispositif opérationnel sur le plan de la santé de la loi de lutte contre les exclusions) et des ASV (ateliers santé ville, dispositif de la politique de la ville) (Joubert, Mannoni, 2003). Dans beaucoup de villes et de régions, le thème de la « santé mentale » se trouve placé au premier plan des priorités, avec une multitude de problématiques dont la priorisation varie d'un site à l'autre : mal-être et dépressions, conduites addictives, tentatives de suicide, violences, dévalorisation et difficulté à se motiver pour sortir de divers problèmes (scolarité, insertion professionnelle, isolement...). L'absence d'*interventions de « première ligne »*, qui permettraient d'apporter un soutien approprié aux personnes concernées avant qu'elles ne connaissent d'autres dégradations, est ressenti aujourd'hui comme un véritable problème de santé publique. Cela vaut pour les enfants et les adolescents comme pour les adultes, avec des manifestations qui se jouent tant dans la famille et à l'école qu'au travail et lors des interactions en public. Les professionnels en contact avec ces personnes (éducateurs, travailleurs sociaux, médecins généralistes...) ne se sentent généralement pas outillés pour aborder ces questions et apporter une aide (écoute, prise en compte, soutien psychologique, réhabilitation, orientation...). Le besoin de dispositifs intermédiaires (entre l'intervention spécialisée et les actions de droit commun) et de formations plus adaptées se fait donc fortement sentir : ils permettraient d'éviter la stigmatisation et la médicalisation des situations, sans pour autant occulter les orientations quand elles s'avèrent nécessaires (actions à bas seuil, intégration de soutiens et conseils « psy » dans les différents lieux concernés : collèges, dispositifs d'insertion, quartiers). Cette conjoncture suppose que soit repensé le cadre général de la politique publique en matière de

- BERGERON, H. 1999. *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.
- BERKING, H. 1999. *Sociology of Giving*, London, Sage.
- BERTRAND, M. ; DORAY, B. 2000. « Psychanalyse, sciences sociales, société. Pour une mise en perspective », *L'homme et la société*, n° 138, p. 11-33.
- BETTELHEIM, B. 1972. *Le cœur conscient*, Paris, Laffont.
- BIBEAU, G. ; CHAN-YIP, A.M. ; LOCK, M. ; ROUSSEAU, C. ; STRELIN, C. ; FLEURY, H. 1992. *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- BLANCHET, L. ; LAURENDEAU, M.-C. ; PAUL, D. ; SAUCIER, J.-F. 1993. *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- BLAU, P. 1977. *Inequality and Heterogeneity*, New York, Free Press.
- BOUHNİK, P. 1995. *Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé*, université de Paris 8, thèse de doctorat en sociologie.
- BOUHNİK, P. ; TOUZÉ, S. 2001. « Précarisation et consommation de drogues illicites : amplification des prises de risques à l'ère de la substitution », dans Joubert, M. ; Chauvin, P. ; Facy, F. ; Ringa, V. *Précarisation, risque et santé*, Paris, INSERM.
- BOURCIER, G. ; DURAND, B. 2002. « La psychiatrie infanto-juvénile », dans Lepoutre, R. ; Kervasdoué, J. de (sous la direction de), *La santé mentale des Français*, Paris, Odile Jacob.
- BOURDIEU, P. 1992. *La misère du monde*, Paris, Le Seuil.
- BOURDIEU, P. ; PASSERON, J.-C. 1964. *Les héritiers*, Paris, Minuit.
- BOURGOIS, P. 2001. *En quête de respect, le crack à New York*, Paris, Le Seuil.
- BROWN, G. W. ; BHROLCHAIN, M. ; HARRIS, T. 1975. « Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population », *Sociology*, n° 9, p. 225-257.
- BROWN, G.W. ; HARRIS, T. O. 1978. *Social Origins of Depression : a Study of Psychiatric Disorder in Women*, New York, Free Press.
- BUNGENER, M. ; PIERRET, J. 1994. *De l'influence du chômage sur l'état de santé. Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, MIRE/INSEE, Toulouse, érès, p. 43-61.
- BUSFIELD, J. 2000, « Introduction : rethinking the sociology of mental health », *Sociology of Health and Illness*, n° 22, 5, p. 543-558.
- CAILLE, A. 1986. *Splendeurs et misères des sciences sociales*, Genève, Paris, Librairie Droz.
- CAILLE, A. 1994. *Don, intérêt et désintéressement. Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches ».
- CAILLE, A. ; LAVILLE, J.L. 1996. « Pour ne pas entrer à reculons dans le XXI^e siècle », *Le débat*, mars-avril, n° 89, p. 80-89.
- CALNAN, M. 1988. « Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care », *Social Science and Medicine*, n° 27, p. 927-933.
- CARIO, R. 1996. *Jeunes délinquants. À la recherche de la socialisation perdue*, Paris, L'Harmattan.
- CASTEL, R. 1981. *La gestion des risques*, Paris, Minuit.
- CASTEL, R. 1991. « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », dans Donzelot, J. (sous la direction de), « Face à l'exclusion, le modèle français », *Esprit*.
- CASTEL, R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- CASTEL, R. ; HAROCHE, C. 2001. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard.
- CASTEL, R. ; LE CERF, J.-F. 1980. « Le phénomène psy et la société française », *Le débat*, n° 1, 2, 3.

- CAUSE, L. ; ROCHE, P. 2002. *Rapport de recherche sur la prévention de proximité*, Mission sida toxicomanie, Ville de Marseille/Céreq, janvier.
- CHAMBOREDON, J.-C. 1970. « Proximité spatiale et distance sociale. Les grands ensembles et leur peuplement », *Revue française de sociologie*, n° 1.
- CHAUVEAU, G. ; ROGOVAS-CHAUVEAU, E. 1995. *À l'école des banlieues*, Paris, ESF.
- CHOQUET, M. et. al. 1998. *Adolescents de la protection judiciaire de la jeunesse et santé*, DPJJ, MILDT.
- CLOT, Y. 1997. « Le problème de la catachrèse en psychologie du travail : un cadre d'analyse », *Le travail humain*, n° 60.
- CLOT, Y. 1999. *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- COLLOVALD, A. 2000. « Violence et délinquance dans la presse », dans Bailleau, F. ; Gorgeon, C. (sous la direction de), *Prévention et sécurité : vers un nouvel ordre social ?*, Paris, Editions de la DIV.
- COMAROFF, J. ; COMAROFF, J. 2000. « Réflexions sur la jeunesse : du passé à la postcolonie », *Politique africaine*, n° 80, décembre.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. 1985. *La santé mentale des enfants et des adolescents*, Gouvernement du Québec.
- CORBIN, J.E. ; COULTON, C.J. 1996. « The role of neighbors and the government in neighbourhood-based child protection », *Journal of Social Issues*, n° 52, p. 163-176.
- CORCUFF, P. 2002. *La société de verre*, Paris, Armand Collin.
- CORIN, E. 1990. « Facts and meanings in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics », *Culture, Medicine and Psychiatry*, n° 14, p. 153-188.
- CORIN, E. 1998. « The thickness of being : intentional worlds, strategies of identity and experience among schizophrenics », *Psychiatry*, n° 61, p. 133-146.
- CORIN, E. ; GRUNBERG, F. ; SÉGUIN-TREMBLAY, G. ; TESSIER, L. 1985. *La santé mentale du Québec. De la biologie à la culture*, Comité de la santé mentale du Québec, gouvernement du Québec.
- CORIN, E. ; LAUZON, G. 1992. « Positive withdrawal and the quest for meaning : the reconstruction of experience among schizophrenics », *Psychiatry*, n° 55, p. 266-278.
- CORTEN, P. 1998. « Le concept de "qualité de vie" vu à travers la littérature anglo-saxonne », *L'information psychiatrique*, n° 74, 8, p. 922-932.
- CRANE, J. 1991. « The epidemic theory of ghettos and neighbourhood effects on dropping out and teenage childbearing », *American Journal of Sociology*, n° 96, p. 1126-1159.
- CUPA, D. ; DAZORD, A. ; JUQUEL, J. P. ; GOURDON, M. L. ; RIAZUELO, H. ; DUPUY, C.A. ; RAYMOND, P. ; DAMIGOS, D. ; BUISSON, C. 2002. *Étude comparative de la qualité de vie subjective de patients en hémodialyse à domicile, en centre, en autodialyse et en dialyse péritonéale*, Paris, EDK.
- CYRULNIK, B. 1993. *Les nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob.
- DAVIDSON, L. ; HOGE, M.A. ; MERRILL, M.E. ; RAKFELDT, J. ; GRIFFITH, E.E.H. 1995. « The experiences of long-stay inpatients returning to the community », *Psychiatry*, n° 58, p. 122-132.
- DAVIDSON, L. ; STRAUSS, J.S. 1995. « Beyond the biopsychosocial model : integrating disorder, health and recovery », *Psychiatry*, n° 58, p. 45-55.
- DAZORD, A. 1997. « Évaluation des soins : prise en compte de la qualité de vie des patients et d'éléments relationnels », *Recherche en soins infirmiers*, n° 50, p. 119-130.
- DAZORD, A. 2001. « Santé mentale et qualité de vie dans des situations de précarité liée à la maladie ou aux conditions sociales. Données issues d'enquêtes », dans Joubert, M. ; Chauvin, P. ; Facy, F. ; Ringa, V. (sous la direction de), *Précarisation, risque et santé*, Paris, INSERM, p. 197-212.