

Article retraçant l'expérience développée depuis 2001 par le volet santé mentale de l'Atelier santé ville d'Aubervilliers autour de cinq actions locales interpartenariales  
Rédigé par Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX, juin 2010  
Volet santé mentale de l'Atelier Santé Ville  
Service Communal d'Hygiène et de Santé d'Aubervilliers

**La santé mentale une affaire de tous :  
L'expérience développée par l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers**

*Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX  
Volet santé mentale de l'Atelier Santé Ville  
Service Communal d'Hygiène et de Santé  
d'Aubervilliers*

Les Ateliers santé ville (ASV) ont été créés en France par le Comité Interministériel des Villes en décembre 1999. Ils ont été conçus tout d'abord comme un outil pour optimiser la qualité du volet santé de la Politique de la ville à partir de l'impulsion d'une démarche locale de santé publique. Ainsi, en dehors de l'opportunité de moyens supplémentaires, les ASV ont apporté aux villes soit un cadre, des références et des méthodes pour développer un volet santé dans les villes où celui-ci n'était pas encore expérimenté, soit l'occasion d'approfondir, d'évaluer, de capitaliser et de partager les acquis portés dans les villes où une démarche de santé publique significative avait été déployée depuis des années (Joubert et Mannoni, 2003)

La note conjointe DIV/DGS du 13 juin 2000 a fixé, dans une logique de lutte contre les exclusions et les inégalités dans l'accès aux soins, cinq objectifs essentiels aux ASV : identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ; faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ; diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ; rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ; développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (...) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaire et social concernés par ces programmes.

En septembre 2000, la Seine-Saint-Denis a été désignée comme l'un des territoires pilote<sup>1</sup> pour la mise en place des ASV avec un suivi de l'association RESSCOM particulièrement sur cinq villes, à savoir, Aubervilliers, Le Blanc-Mesnil – Dugny, Clichy-sous-Bois, La Courneuve et Pierrefitte-sur-Seine. En effet, la mobilisation sur ces villes était très importante et chacune représentait une spécificité dans sa démarche qui en faisait un prototype pour les autres sites engagés dans les ASV (ibid.).

A Aubervilliers, où sur le plan de la santé la ville compte sur l'existence relativement ancienne de politiques de santé définies et d'un ensemble de ressources de santé publique<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Un autre territoire pilote se trouvait en Provence-Alpes-Côte d'Azur avec la mise en place des ASV à Martigues-Port-de-Bouc, Salon-de-Provence et Marseille (centre ville)

<sup>2</sup> Dont un Centre municipal de santé, des services spécialisés du secteur de psychiatrie adulte et infantile et le Service communal d'hygiène et de santé

le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) a souhaité assurer la mise en place de l'ASV. Dans ce cadre, en 2001 le SCHS a rassemblé des professionnels intervenant sur les champs du social et du sanitaire pour réfléchir sur les besoins prioritaires de santé et sur les stratégies à adopter pour y répondre. Ce travail a débouché sur la mise en place de trois volets d'action : un *tableau de bord* consacré au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques existantes au niveau communal ; un volet *santé communautaire* concrétisé par la création de la Maison des pratiques de bien-être et de santé du quartier du Marcreux ; et enfin un volet *santé mentale* visant à favoriser le travail en partenariat et la participation des professionnels du sanitaire et du social autour de problématiques psychosociales.

Pour travailler sur ce dernier volet, un « Groupe santé mentale » s'est constitué réunissant des acteurs du système de santé et des acteurs sociaux impliqués dans l'amélioration des conditions déterminant l'état de santé. Les problèmes identifiés par ce groupe concernaient essentiellement le champ de la promotion de la santé mentale:

D'un côté, par rapport au public, et sans rentrer dans la discussion opposant les théories de la sélection sociale à celle des causes sociales<sup>3</sup> (en anglais « social causation »), le lien entre les conditions de précarité touchant une partie des publics<sup>4</sup> et les diverses formes de souffrance psychique ou psychosociale fréquemment rencontrées<sup>5</sup> est apparu comme évident pour le groupe. Ce lien a été spécialement mis en avant pour des adolescents en difficulté, qui « pètent les plombs », qui développent des conduites à risques ou qui, plus souvent, évoluent dans un sentiment d'indétermination quant à leur propre identité et aux possibilités de se projeter dans le futur ; pour des personnes isolées avec enfants ; pour des personnes âgées et des personnes handicapées sans soutien social suffisant ; pour des migrants ne trouvant pas de cadres prenant en compte la spécificité de leur trajectoire et de leurs référents culturels ; enfin, pour des « sans papiers » se retrouvant en situation de particulière difficulté.

D'un autre côté, par rapport aux professionnels, les réflexions croisées ont débouché sur quelques constats essentiels : absence d'une vision partagée sur des problèmes de santé mentale tels que la notion de « souffrance psychique d'origine sociale » et maladie mentale, en partie responsable des déficits de coordination entre les ressources existantes dans la ville ; des problèmes de moyens et une complexification des conditions d'accès aux dispositifs d'aide ou de soins contribuant à renforcer des logiques de cloisonnement dans les structures ; des changements sociétaux mettant au défi les pratiques professionnelles avec une diminution des soutiens sociaux et familiaux et une mise en avant d'une vision individualiste avec de nouvelles problématiques d'exclusion ; enfin, des sentiments de frustration des uns et des autres, face à la grande détresse ou à la violence des publics engouffrés dans des situations complexes. L'ensemble de ces facteurs rendant la communication difficile et facilitant l'enclenchement de la « logique de la patate chaude » avec un renvoi successif des personnes d'une structure à l'autre sans que des concertations entre ces structures soient amorcées.

---

<sup>3</sup> Il n'existe pas actuellement de consensus scientifique sur le rapport entre pauvreté et maladie mentale : d'une part, pour la théorie de la sélection sociale la charge génétique détermine l'environnement dans lequel la personne va vivre. De l'autre, pour la théorie des explications par les causes sociales, l'environnement dans lequel la personne grandit –en particulier si cet environnement est stressant- détermine les traits génétiques qui vont se manifester (Peterson, 2003)

<sup>4</sup> Aubervilliers est une ancienne ville ouvrière devenue l'une des villes les plus pauvres de la région : Sur 1297 communes d'Ile-de-France, elle se trouve au 1287<sup>i</sup>èm rang pour le revenu par habitant. Sa population est plutôt jeune (27% a moins de 20 ans) et connaît un fort taux de chômage (23%) en lien avec un faible niveau de scolarisation et de formation : 51% des chômeurs n'ont aucune formation ou très peu (moins que le CAP). Par ailleurs, lors du recensement de 1999, 30% des 63 136 habitants étaient composés de personnes de nationalité étrangère

<sup>5</sup> Le groupe a particulièrement noté des phénomènes d'isolement, des comportements à risque, des sentiments de désespoir, de dévalorisation ou de culpabilité -rendant compte en partie d'une absence de demande d'aide.

A partir des éléments précédents, la réflexion s'est alors engagée sur les possibilités de solution à la portée du groupe et, au fil des années, des actions coconstruites ont été réalisées dans une dynamique de « work in progress » qui facilite la participation active de tous les intervenants ainsi que l'association de nouveaux acteurs.

### **Les actions entreprises, une démarche psychosociale**

Concernant la stratégie d'intervention, et dans une optique de santé publique, le groupe s'est placé dans le champ des interventions dites psychosociales. Dans leur définition la plus simple, les démarches psychosociales visent à promouvoir d'une part, des actions qui ont pour ambition de modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et au développement des facteurs de protection; et d'autre part, des actions cherchant à renforcer la capacité des individus à faire face aux difficultés et ainsi à développer chez chacun des facteurs de « robustesse » (Normand-Guérette, 2002) Dans cette logique de travail, tous les acteurs, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, sont des acteurs légitimes et concernés par la santé mentale.

Par rapport aux facteurs de risque et de protection en santé mentale, il est très vite apparu que ces derniers sont moins souvent pris en compte et que leur définition est moins connue, même si empiriquement les intervenants avaient eu l'opportunité d'en identifier. Lors du séminaire "Les souffrances psychiques liées aux violences" organisé par le groupe en 2003 les facteurs de protection suivants ont été particulièrement soulignés, par leur importance dans le contexte albertvillarien:

1. Le soutien social : Il fait référence au sentiment de l'individu d'être - à partir de son insertion dans le tissu social - aimé, valorisé et estimé. Il s'appuie sur le sentiment de l'individu d'avoir une responsabilité particulière vis à vis d'un réseau qui tient à lui. Il se développe à partir du soutien émotionnel, du caractère formateur et de l'apport matériel concret propres aux relations sociales. Le soutien social a été le premier facteur à être associé à la santé dans la recherche sur les déterminants sociaux.
2. L'opportunité de pouvoir jouer des rôles multiples: Les personnes qui ont plusieurs rôles – par exemple pour une femme être à la fois mère, épouse, travailleuse, etc. - présentent une identité renforcée.
3. L'estime de soi : Elle dépend du degré de confiance que l'individu peut avoir dans sa capacité à contrôler son environnement. L'estime de soi dépend aussi d'une intégration réussie des multiples rôles de l'individu dans le tissu social.
4. La présence de confidents : Plusieurs études ont montré que les personnes qui comptent sur, au moins, un confident – toutes choses étant égales par ailleurs - présentent moins de perturbations psychiques que les personnes solitaires.
5. L'autoefficacité : Définie comme l'occasion et la capacité à développer des actions pour l'épanouissement de soi même et de l'autre, et dont les effets se voient lors des actions concrètes que l'individu est en mesure de contrôler. L'autoefficacité permet aux personnes de prendre conscience de leurs propres ressources et capacités nécessaires pour exercer un contrôle significatif sur leur environnement. Les professionnels sanitaires ou sociaux ont souvent un rôle important à jouer pour cette mise en évidence des compétences des personnes, en particulier chez celles qui sont en situation de grande difficulté.

6. L'identité : La reconnaissance de ses propres caractéristiques individuelles fait que chacun peut se différencier de l'autre et permet de développer un projet de vie en accord avec ses propres potentialités.
7. L'appartenance : Sentiment d'identification avec un groupe, son système de valeurs et ses conduites, en les utilisant pour établir des liens avec les autres et fixer des limites et des espaces communs.

### **La santé mentale une affaire de tous**

Suite à l'identification des besoins, le groupe s'est organisé en plusieurs « comités » qui planifient, mettent en place et/ou pilotent des actions, dont quelques-unes sont développées au niveau ville et d'autres au niveau quartier.

Avec la récurrence de constats en terme de problèmes de concertation et de coordination face aux situations aux difficultés multiples, le premier projet qui a émergé dans le groupe a été l'établissement d'un cadre pour apprécier mieux et plus largement ces situations présentant une imbrication d'éléments de souffrance psychique -avec ou sans maladie mentale- intriqués avec des difficultés sociales, d'insertion, etc.. C'est ainsi qu'une réunion mensuelle - appelée Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté, RESAD – est organisée depuis fin 2001 avec un but de mise en cohérence des interventions professionnelles autour de trois objectifs affichés : améliorer l'analyse des situations psychosociales complexes en les situant dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque intervenant ; évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain, ceci dans le respect des missions de chaque service et dans les cadres légaux définis ; renforcer les liens inter institutionnels<sup>6</sup>. Cette réunion n'est pas adaptée aux situations d'urgence et, bien évidemment, elle ne peut être réalisée sans l'accord de la personne concernée. La RESAD est pilotée par un « *Comité de membres permanents* » composé du responsable ou d'un cadre référent du Secteur psychiatrie adultes<sup>7</sup>, du Service social municipal, du Centre municipal de santé et de la Mission locale. Si la situation motivant la RESAD concerne des personnes âgées, le Comité s'élargit aux responsables du Pôle gérontologie de la ville, du Service des soins à domicile et du Centre communal d'action sociale. Le médecin coordinateur de l'ASV prend en charge la logistique et l'animation des réunions. Le Réseau Ville-Hôpital s'est fortement associé à cette action afin de faciliter la participation des médecins de ville et, pour le représenter, un médecin gériatre libéral a été mandaté pour rejoindre le comité élargi de membres permanents.

Grâce au soutien du Conseil Général de la Seine Saint Denis, une évaluation sur les cinq années de fonctionnement de l'action a été conduite par un cabinet extérieur. L'analyse des procédures réalisées lors de cette évaluation montre que l'objet même des RESAD a été respecté : toutes les situations présentées en réunion ont concerné des personnes connaissant une accumulation de difficultés sociales, psychiques et de santé. Dès le début, la mise en place des RESAD s'est accompagnée de l'élaboration d'un manuel des procédures, de la mise en place d'une grille de lecture et d'une formalisation des réunions. Ces procédures ont entraîné l'émergence d'une série de processus concrets qui ont permis à la RESAD de devenir, comme souhaité à l'origine, un lieu de régulation et de concertation

---

<sup>6</sup> Voir « Manuel de procédures de la Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté –RESAD » rédigé par le Groupe santé mentale de l'ASV

<sup>7</sup> Les équipes pluridisciplinaires du secteur 93G06 (EPS Ville Evrard) comptent sur une unité délocalisée d'hospitalisation temps plein, un édifice regroupant un foyer de post cure, un Centre Médico-Psychologique (CMP), une équipe de soins à domicile et un Centre d'accueil et de crise, et, enfin un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) implanté dans un quartier commerçant de la ville

pour arriver plus facilement à l'élaboration de propositions consensuelles et opérationnelles. L'élaboration d'un diagnostic partagé renforce la cohérence interne des propositions et facilite la répartition de l'accompagnement des personnes par les différents professionnels concernés. Les interventions des différents services peuvent alors être phasées et articulées les unes par rapport aux autres.

L'utilisation d'une grille de lecture, la synthèse réalisée à la fin de chaque réunion et l'envoi à tous les participants engagés dans l'action du « Tableau récapitulatif des propositions » concourent à une formalisation de l'accompagnement. La visibilité des actions en cours ou à réaliser, des objectifs poursuivis et des résultats attendus sert de cadre de référence pour le professionnel. Cette formalisation est considérée par de nombreux professionnels comme très importante car elle traduit un projet de prise en charge ou d'accompagnement collectif et le rend lisible à tous, y compris à l'usager.

En résumé, les points forts de la RESAD sont identifiés comme une meilleure gestion du projet d'accompagnement de la situation étudiée, une formalisation des actions engagées, un partenariat mieux organisé, une rupture de l'isolement de certains professionnels, et une légitimation de l'intervention des professionnels de terrain –entre eux, vis à vis de leur structure elle-même et des autres structures intervenantes. Mais les RESAD ne produisent pas une uniformisation des pratiques et des comportements, chaque participant gardant les siens. Plus que lieu de formation ou de transfert de connaissance, les RESAD favorisent un partage d'expériences.

Enfin, la gestion et la formalisation des RESAD ont souvent amené une modification et une évolution des partenariats en développant une meilleure connaissance des autres structures et des autres professionnels. Plus important, l'enchaînement des RESAD et les différents échanges qui ont lieu au cours des réunions ont conduit certains participants à apprécier différemment les cœurs de métier, le fonctionnement et les limites des autres structures, services ou professionnels. Les partenariats existants se sont consolidés, les relations interpersonnelles multipliées et des services ou des structures qui se connaissaient peu y ont trouvé l'occasion de travailler ensemble.

Concernant les difficultés auxquelles la RESAD est confrontée, deux points demeurent problématiques : Le premier concerne les usagers et le second l'implication des médecins généralistes. Pour les usagers, s'il est indéniable que les RESAD contribuent à l'amélioration du suivi des situations, il est moins sûr qu'au final la situation de l'ensemble des usagers se soit améliorée. La gestion de l'urgence n'étant pas la vocation des RESAD, le plan de prise en charge concertée arrive parfois trop tard (surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées) ou bien sa mise en œuvre rencontre des difficultés d'ordre pratique ou administrative, notamment en lien avec le logement, ce qui bloque la situation. Sur la participation des médecins généralistes, malgré les efforts réalisés en terme de défraiement, d'adaptation des horaires de réunion, leur participation est encore très faible alors qu'ils sont les acteurs de santé de première ligne.

Par ailleurs, la méthodologie proposée par la RESAD commence déjà à être reproduite dans d'autres villes par des réseaux d'acteurs locaux et a donné lieu à l'inclusion dans le Plan régional de santé publique pour 2007 d'une démarche de concertation interprofessionnelle autour des situations de souffrance psychique imbriquée à d'autres difficultés sanitaires et sociales.

Après la mise en œuvre de la RESAD, en ordre chronologique, le groupe s'est attaché à travailler sur la question de la violence subie ou agie par les adolescents de la ville. Aussi, en juin 2003 le groupe invitait à la première des six séances de son séminaire « Santé mentale, adolescents et famille : les souffrances psychiques liées aux violences ». Le séminaire visait à faciliter l'échange d'expériences et la discussion entre les acteurs confrontés à ce type de

problématique dans leur pratique professionnelle, afin de favoriser le développement d'une réflexion conjointe. Il s'agissait d'une tentative d'aborder la thématique sous un angle psychosocial à partir d'expériences tirées de différents types de contexte – des experts de Belgique et de plusieurs régions de France ont participé en tant qu'invités - et en prenant pour fil de discussion les nouveaux modes d'organisation familiale. Ces rencontres, organisées avec la participation d'un expert en santé publique<sup>8</sup> ont été plébiscitées par 70 professionnels de la ville et ont donné lieu à un travail d'écriture des actes par les membres du groupe. L'impact de cette action inclut la mise en place d'un « *Groupe de travail sur la violence en milieu scolaire* » réunissant le médecin de l'ASV, le psychiatre directeur du Centre de consultation médico-psychopédagogique (CMPP) et des personnels enseignants et non-enseignants d'un collège de la ville. Ce groupe ouvert s'est structuré depuis 2005 autour d'une réunion mensuelle pour partager les expériences sur des situations de violence auxquelles les enseignants sont confrontés dans le collège. Par ailleurs, le Séminaire a été à l'origine de la réalisation en 2006 d'ateliers de pratiques professionnelles sur la violence auprès des intervenants sanitaires et sociaux présents sur un même territoire (quartier, collège)

Un axe important des ASV, la participation de la population, a commencé à être travaillé aussi en 2003 par le biais du projet « Action participative en santé » conduit dans un quartier de la ville. Il s'agit ici d'une action menée à partir des trois fondements de la santé communautaire, à savoir l'« empowerment<sup>9</sup> », la coalition<sup>10</sup> et la participation communautaire ou mobilisation sociale (Mannoni, 2002). Le projet est réalisé par la coordination de l'ASV en suivant la méthodologie « *lister – dialoguer - agir* » préconisée par Paulo Freire. Dès la première étape, *lister* ou étape diagnostique, les professionnels intervenant dans le quartier, les représentants des associations –spécialement celles du voisinage- et des habitants ont été associés. Le but atteint lors de cette étape a été de favoriser une prise de conscience collective des problèmes de santé auxquels se confrontaient les habitants mais aussi des ressources présentes dans le quartier pour y faire face. Par la suite, lors du *dialogue*, le même groupe interrogé lors du diagnostic a choisi les priorités d'intervention en matière de santé dans le quartier et, une fois arrivé le moment d'*agir*, des participants ont décidé de créer le « *Comité de santé du quartier* » pour passer ensemble à l'action.

Aujourd'hui, le Comité de santé du quartier est composé majoritairement d'habitants et organise des activités telles qu'une permanence hebdomadaire sur l'accès aux soins et des activités de théâtre pour faciliter la discussion sur les problèmes de santé dans le quartier. Ces activités ont l'ambition de favoriser le développement d'une dynamique de coopération entre cultures et ressources professionnelles et profanes pour la recherche de solutions aux problèmes prioritaires retenus lors du diagnostic : des difficultés d'accès aux soins et aux droits, des problèmes de communication entre les groupes sociaux du quartier et le manque de propreté de l'espace public du secteur. Bien que ces priorités ne correspondent pas a priori à une approche spécifique de santé mentale, beaucoup d'études montrent que le travail participatif autour de l'identification des solutions à partir des ressources présentes sur place et des priorités retenues localement s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé mentale (OMS, 2004). Par ailleurs, la question de la dignité des groupes sociaux stigmatisés, du soutien social, de l'autoefficacité et de l'appartenance cités comme des facteurs de protection traversent intégralement le projet.

La participation de la population est aussi un des composants essentiels de l'approche utilisée par les acteurs petite enfance de la ville pour le développement du projet

---

<sup>8</sup> Le professeur Antoine Lazarus, Responsable du département de santé publique et de médecine sociale de l'Université Paris 13

<sup>9</sup> Dans le sens de renforcer le « pouvoir » ou le contrôle que les gens exercent sur leur santé

<sup>10</sup> Cette notion sera travaillée sur le message « l'union fait la force »

« *Promotion du bien être des jeunes enfants (0-3 ans) confrontés à la précarité* » dans un quartier de la ville. Ce projet est piloté par un « *Comité petite enfance* » qui réunit la circonscription de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le Service social municipal, la Direction du secteur municipal sport jeunesse enfance, le Service municipal petite enfance, les Centres de loisirs maternels, le CMPP, et le SCHS. Après une étape d'analyse préliminaire qui a duré deux ans, ce groupe a abouti en 2005 à l'écriture du projet dont l'objectif est de promouvoir le développement psychologique, affectif, cognitif et social des enfants par le biais de trois axes d'intervention : des visites à domicile régulières proposées systématiquement lors de la grossesse ; l'amélioration du travail en réseau sur le quartier ; et, enfin, le renforcement des ressources communautaires présentes dans le quartier (facilitation des rencontres entre parents, accueil parents-enfants, etc.) L'évaluation de cette action est actuellement en cours grâce au soutien de l'INPES.

Enfin, sur l'initiative du Secteur psychiatrique, a été mis en place le « Conseil local de santé mentale » de la ville. Cette instance est copilotée par le psychiatre responsable du secteur et le Maire de la ville et a par objectif l'élaboration de politiques partagées en santé mentale. Il s'agit essentiellement de la mise en place de politiques sanitaires visant à améliorer sur la commune l'accès aux droits et aux soins ainsi que l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. Pour ce faire, le CLSM vise le décroisement entre les acteurs, qu'ils soient spécialisés ou généralistes, du social, de la santé, de l'éducation et de la justice et les usagers et leurs familles.

### **Le cadre Atelier santé ville, de la coordination à la médiation**

Chacune des actions portées par le volet santé mentale de l'ASV a été élaborée par les acteurs locaux sur la base des besoins et des ressources locales et dans une perspective de co-construction, tant sur le plan de la logique de l'action elle-même que sur celui des logiques du partenariat nécessaire à sa mise en place.

Dans cette expérience, l'ASV a moins un rôle de coordination ou d'harmonisation de services – harmonisation des fonctions que chaque service est supposé remplir - qu'un rôle de médiation ce qui fait référence à une action d'harmonisation des intérêts et des logiques d'action des différentes structures participantes. L'évolution du rôle de coordination vers celui de médiation implique un passage du sens fonctionnaliste vers le sens politique (Bilodeau et al, 2002). Ce processus permet la prise de risques des structures impliquées dans le sens qu'il laisse la place à un certain degré d'incertitude en osant l'innovation et le renouvellement des savoirs. Savoirs qui sont d'ailleurs plus accessibles grâce à l'association de partenaires.

Sur un autre plan, les rapports entre les différents niveaux de l'action – mobilisation et expression sociale, implications des professionnels de terrain, des cadres et des décideurs, capitalisation des expériences de chaque structure pour les mettre au service du groupe – représentent un véritable enjeu démocratique dans une ville qui se caractérise par un fort engagement politique tant sur le plan social que sur celui de la santé. Cet aspect ressort d'autant plus que les questions concernant la « santé mentale », la « souffrance psychique » et le rôle de la psychiatrie face à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité sont très sensibles en France. Bien évidemment le groupe n'a pas de réponse au « malaise des psy » ni sur le futur du dispositif de la psychiatrie publique ni sur les moyens qui sont actuellement alloués à ce même dispositif. Pas plus qu'il n'a pas de réponse au malaise des acteurs sociaux (travailleurs sociaux, enseignants, professionnels de l'insertion, etc.) concernant leur action sur des importants déterminants de la santé tels que l'accès à un travail et à un logement dignes.

Néanmoins, face à l'analyse partagée des besoins et à la question clé de comment profiter de l'opportunité représentée par les ASV pour y répondre, le groupe a opté pour accepter la nécessité de travailler sur le champ de la promotion de la santé mentale comme une priorité accordée par tous. En effet, il a été reconnu que pour s'attaquer aux questions en lien avec une détresse sociale il était indispensable de travailler ensemble, d'une part, en organisant une collaboration plus efficace des intervenants à compétences complémentaires et, d'autre part, en facilitant l'association des habitants eux-mêmes aux projets. Dans cette approche pluridisciplinaire, la psychiatrie a une place très importante car elle y agit non seulement en tant que médiatrice de l'accès aux soins médicaux mais aussi en tant qu'experte donnant sa vision de la souffrance psychique sous un angle clinique. Ainsi, le réseau de santé mentale « a pour fonction de développer des actions croisées entre professionnels, mais aussi de sensibiliser les partenaires à la psychiatrie, pour permettre une meilleure prévention, un dépistage, amenant le cas échéant à des soins que l'on espère en conséquence de meilleure qualité. (...) La fonction du psychiatre du secteur au sein des RESAD est d'amener, au travers de sa pratique, son analyse de médecin spécialiste. Son rôle est consultatif mais aussi facilitateur des actions dans lesquelles le secteur peut s'engager. Il s'agit d'une tentative d'élaborer, de manière conjointe avec les autres acteurs, une ou plusieurs stratégies pour répondre à la demande des partenaires » (Christodoulou, 2005)

Le travail en réseau constitue donc la base de ces actions qui favorisent la construction d'une vision collective de la promotion de la santé mentale entendue surtout comme un processus social qui prend en compte, dans un contexte en pleine mutation, les éléments sociaux, familiaux, économiques et culturels qui contribuent à donner du sens à l'existence de chacun dans sa propre singularité. Cette vision suppose une acception de la santé mentale qui ne correspondrait plus tellement à « l'état de complet bien-être physique, mental et social » prôné par l'OMS. La santé mentale est ici comprise plutôt dans le sens de la santé mentale suffisamment bonne que décrit Jean Furtos comme la capacité, pour un individu, de « vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte. »

## Références bibliographiques

Arcella-Giroux P. Une expérience de travail pluridisciplinaire à l'échelle ville. Bulletin national santé mentale et précarité : Rhizome16 : 15, ORSPERE, juillet 2004  
<http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome16.pdf>

Arcella-Giroux P. Les ateliers Santé Ville à Aubervilliers. Journée d'étude Santé mentale et précarisation, MIPES, p. 13-17, novembre 2003

Bilodeau A, Chamberland C, et White D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. Revue canadienne d'évaluation de programmes. vol. 17, no 2, p. 59-88, 2002

Beaud S, Pialoux M. Violences urbaines, violence sociale. Genèse des nouvelles classes dangereuses. Editions Fayard, Paris, 2003

Christodoulou N. La psychiatrie de secteur et l'ASV, quelles synergies possibles ? . Actes du congrès international « La santé mentale face aux mutations sociales » organisé par l'Orspere en octobre 2004 <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/seminaires/41-Pilar%20GIRAUX%20-%20N.Christodoulou%20-%20ok%20Atelier%20n7.doc>

Circulaire DIV DGS du 13 juin 2000 sur la mise en œuvre des ateliers santé ville.  
<http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/circasv.pdf>

Costello EJ, Compton SN, Keeler G, et al. Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. JAMA 290:2023-2029, 2003

Freire P, traduit et commenté par Régnier JC. Pédagogie de l'autonomie. Savoirs nécessaires à la pratique éducative. Éditions érès, Toulouse, 2006

Furtos J. Le malaise des psychiatres, la déchirure. Rhizome 8:2, Avril 2002. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere>

Furtos J, Laval C (ed.) La santé mentale en actes De la clinique au politique. Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe - collection dirigée par Claude Louzoun. Editions érès, 2005

Jaeger M. L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie. Editions Dunod, Paris, 2003

Joubert M, Giroux-Arcella P, Mouglin Ch. Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention. Questions vives sur la banlieue - collection dirigée par Pierre Cours Salies. Obvies / Editions Erès, 2005

Joubert M, Mannoni C. Les ateliers santé ville Expérimentations en Seine-Saint-denis. RESSCOM en partenariat avec la Direction générale de la santé, la Délégation interministérielle à la ville, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Seine-Saint-Denis et la Mission ville de la préfecture de région. Profession Banlieue, Saint Denis, 2003

Labonté R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. Health Education Quarterly 21 (2), 253-268, 1994

Labonté, R. Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health Promotion International* Vol 19, 1,115-121, 2004

Mannoni Ch. Formation aux méthodes en santé communautaire. Actes des séances de formation. Ville d'Aubervilliers, Atelier santé ville dans le cadre de l'accompagnement méthodologique assuré par Resscom, 2002

Normand-Guérette D. Les spécificités du concept de prévention primaire. <http://www.adaptationscolaire.org>. Rubrique « thèmes traités », «prévention de type primaire», 2002

Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, Genève, 1986

Organisation mondiale de la santé. Promoting Mental Health. Concepts-Emerging evidence-Practice. Summary report. World Health Organization, Genève, 2004

Patel V, Kleinman A. Pobreza y trastornos mentales comunes en los países en desarrollo. *Bull World Health Organ*. [online]. vol. 81, no. 8 [cité 2007-05-12], pp. 609-615, 2003 <http://www.scielosp.org/scielo.php>

Peterson E. Relief of Poverty Improves Child Mental Health. EBSCO Publishing, 2003 <http://www.healthlibrary.epnet.com/>

Rutter M. Poverty and child mental health: natural experiments and social causation. *JAMA* 290:2063-2064, 2003

Wallerstein N, Bernstein E. Community Empowerment, Participatory Education and Health. Special Issues of *Health Education Quarterly*, Vol I and II. Ed. Summer and Fall, 1994