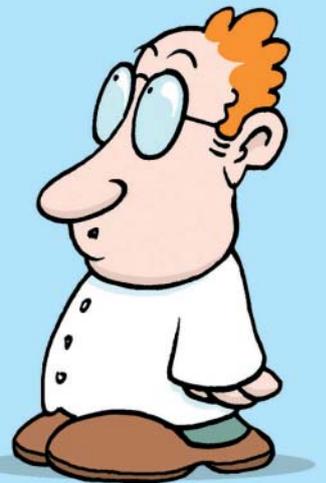


On a un problème de structure, les amis...



Démarche participative et santé : **mythe ou réalité ?**

Prévention du suicide
en Pays de la Loire

Adolescence :
les grossesses non désirées

Million Dollar Baby :
débat sur la prise de risques

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
La Santé de l'homme sur Internet :
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**
et **Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>
<abeg@club-internet.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**
<mclamarre@iuhpe.org>
et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Soraya Berichi (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Laure Carrière, Dr Michel Dépinoy (INPES), Alain Douiller (Codes du Vaucluse), Annick Fayard (INPES), Christine Ferron (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), Laurence Fond-Harmant (Société française de santé publique), Sylvie Giraudo (Fédération nationale de la Mutualité française), Marie-Claude Lamarre (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), Anne Laurent-Beq (Crea Développement Social), Catherine Lavielle (INPES), Éric Le Grand (conseiller), Claire Méheust (INPES), Colette Ménard (INPES), Félicia Narboni (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), Dr Dominique Martin (direction générale de la Santé), Bernadette Roussille (Inspection générale des affaires sociales), Dr Stéphane Tessier (Crésif), Dr Isabelle Vincent (INPES), Sarah Vozelle (Codes Meurthe-et-Moselle).**

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Caractère** – 15002 Aurillac Cedex

ADMINISTRATION

Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2006.
Tirage : 12 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, N° 371.
- Améliorer la prévention des cancers, N° 375.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^e/V^o de la carte d'étudiant

- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 382

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

sommaire

numéro 382

Mars-Avril 2006

► Aide à l'action

PAYS DE LA LOIRE : FORMER LES PROFESSIONNELS POUR PRÉVENIR LE SUICIDE

Repérer les risques, au plus près
du territoire

Juliette Daniel, Anne Le Gall 4

« Depuis 2002, nous avons formé huit cents
personnes ressources au repérage de la crise
suicidaire »

Entretien avec Kahina Yebbal 6

« Cessons de ne pas entendre ce qu'ils
essaient de nous dire ! »

Entretien avec Martine Métivier 9

Dossier

Démarche participative et santé : mythe ou réalité ?

Éditorial

L'approche participative dans un projet
de santé

Philippe Lamoureux 12

Prévention et promotion de la santé : les enjeux de la démarche participative

Démarche participative : interroger les faits

Bertrand Sachs 13

« Participation dans les programmes de
santé : dépasser la rhétorique romantique ! »

Louise Potvin 16

Participation et populations en situation de précarité : dispositifs et actions

Comité des usagers en Limousin : innovant
mais fragile

Jean Schweyer 18

À Brest, partir du dépistage pour parler
santé globale avec les femmes

Frédéric Loussouarn, Virginie Simonou 20

À Bobigny, le droit de regard des habitants
sur la politique de santé

Gilles Biet 22

Permanences d'accès aux soins de santé :
une passerelle vers les personnes précarisées

Élisabeth Rivollier 24

« Face à la grande précarité, la participation,
gageure ou leurre ? »

Entretien avec Pascale Lacroix-Cormier 26

Professionnels/publics précaires : le choc de la confrontation

Entretien avec Bruno De Goër 28

Accompagner les sans domicile fixe dans un projet global de santé

Fabienne Rigaut, Philippe Saunier, Magalie Joly ... 30

Trois régions françaises expérimentent la participation via les médiateurs

Kémal Cherabi 32

Marseille : regard anthropologique sur le recours à une médiatrice de santé publique

Fatima Ayouba, Sandrine Musso 34

Compagnons d'Emmaüs : acteurs du théâtre participatif

Jean-Pierre Besnard 37

Des municipalités inaugurent les conférences locales de santé

Christelle Routelous 39

► Qualité de vie

PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DESIRÉES CHEZ LES ADOLESCENTES

Travailler sur les déterminants personnels et familiaux

Denis Dangaix 41

L'accueil au Planning familial de Paris : « anonyme, gratuit et sans jugement »

Denis Dangaix 43

« Faire réfléchir les adolescents sur les stéréotypes du masculin/féminin »

Trois questions à Maïté Albagly 44

« Ne pas faire du désir d'enfant un sujet tabou »

Entretien avec le Pr Patrick Alvin 45

Fil Santé Jeunes : une écoute personnelle sur la sexualité

Pauline Savoye 46

Aider une adolescente à choisir sa contraception : recommandation aux professionnels

Cécile Fournier 48

► La santé en chiffres

Le Baromètre santé 2005 ausculte la santé des Français

Philippe Guilbert 49

► Cinésanté

Million Dollar Baby : débattre sur la prise de risques

Michel Condé 51



Illustrations : Matyo

LA Santé
de l'homme

Pays de la Loire : former les professionnels pour prévenir le suicide

En région Pays de la Loire, le taux de suicide est plus élevé (+ 25 %) que la moyenne nationale, même si le nombre de suicides tend à baisser depuis le milieu des années 1980. La prévention du suicide est inscrite comme l'une des priorités d'action du programme régional de santé (PRS). Dans ce cadre, mille cent professionnels et personnes ressources ont – au cours des dernières années – été formés au repérage et à la gestion de la crise suicidaire. Juliette Daniel, médecin-chef de projet de ce programme, en dresse un premier bilan. Pour apporter un regard croisé sur le contenu et l'utilité de cette formation, nous avons recueilli le témoignage d'une

formatrice, Kahina Yebbal, médecin psychiatre, responsable de l'unité de prévention du suicide d'un hôpital, et celui de Martine Métivier, directrice d'un centre de prévention du suicide qui a demandé à l'ensemble de ses intervenants de suivre ce cursus. L'objectif est notamment de développer la capacité d'écoute et de perception des signaux de détresse envoyés par les personnes en situation de crise suicidaire. Et de développer ces capacités non seulement chez les professionnels de santé mais aussi chez les « personnes-relais » : travailleurs sociaux, bénévoles, y compris l'entourage familial. Autant de sentinelles destinées à mailler le territoire régional.

Repérer les risques, au plus près du territoire

En région Pays de la Loire, le taux de suicide est plus élevé, de 25 %, que la moyenne nationale. L'ensemble des acteurs locaux – Région, département, Drass et professionnels de santé – a lancé un plan de prévention dont le fer de lance est la formation. Trois cents professionnels de la santé – médecins, infirmiers, intervenants d'associations... – ont à ce jour été formés au « repérage et à la gestion de la crise suicidaire ». Une évaluation a permis de repositionner ce programme tout en validant la pertinence et d'envisager le développement de l'action.

La région des Pays de la Loire s'est mobilisée à partir de 1995 pour mettre en œuvre une politique régionale de santé. C'est la conférence régionale de santé (CRS) expérimentale de décembre 1995 qui avait, à l'époque, défini pour cinq ans les priorités de santé parmi lesquelles figurait la prévention du suicide. La décision de promouvoir un programme régional de santé (PRS) sur ce thème fut prise en 1996. Ce PRS fut élaboré en 1997 pour une durée de cinq ans et poursuivi depuis. La coordination des onze programmes régionaux de santé existant en France sur ce thème a été assurée par la direction générale de la Santé (DGS) dès leur origine, pour aboutir en 2000, à Nantes, à l'annonce symbolique par le ministre, lors de la conférence européenne sur le suicide des jeunes, de la stratégie nationale d'actions contre le suicide (2000-2004). Par le présent article, nous souhaitons montrer, à partir d'un exemple

d'action de formation, comment les articulations entre les niveaux local, régional et national ont contribué à faciliter la mise en œuvre de ce PRS mais aussi que ces niveaux sont complémentaires pour des actions de qualité. Il est à souligner que l'évaluation a fait partie intégrante du programme.

Le suicide plus meurtrier que les accidents de la route

L'étude de l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire réalisée en 1996 a permis d'asseoir cette priorité sur une série de données résumées en cinq points essentiels :

- dans les Pays de la Loire, le suicide provoque plus de décès que les accidents de la route, soit, en 1996, plus de huit cents décès par an ;
- le suicide est pour la région la première cause de mortalité prématurée chez les hommes ;
- la mortalité régionale pour le suicide

dépasse de 25 % la moyenne nationale (13 pour cent mille décès chez les femmes et 36 pour cent mille chez les hommes quand la moyenne nationale est de 9,8 chez les femmes et 28 chez les hommes), avec une pointe à plus de 50 % en Mayenne ;

- les disparités sont nombreuses, tant en ce qui concerne la répartition géographique dans la région, (milieu rural, départements plus touchés même au sein de la région à savoir les départements de la Mayenne et de la Sarthe) que les catégories socioprofessionnelles concernées ;
- environ huit mille personnes sont admises tous les ans dans les hôpitaux de la région après la survenue d'une tentative de suicide.

Le programme régional de santé de prévention du suicide a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire que j'ai animé en tant que chef de projet. Afin

de permettre une évaluation des résultats, le choix a été fait d'afficher des objectifs quantifiés. L'objectif général étant de réduire dans les cinq ans à venir la mortalité par suicide dans la région, deux objectifs spécifiques ont donc été définis :

- réduire de 20 % en cinq ans le taux de mortalité par suicide dans la région ;
- réduire de 20 % en cinq ans le taux de récurrence de primo-suicidants admis pour tentative de suicide dans les hôpitaux de la région.

Pour atteindre ces objectifs, cinq grands champs d'actions ont été envisagés : la communication, la formation, l'organisation des soins, la lutte contre l'isolement et les dispositifs d'aide, et la recherche, en affichant la nécessité d'une évaluation intégrée. La mise en œuvre de ce programme a été caractérisée par de nombreuses impulsions et des événements marquants locaux, régionaux ou nationaux. C'est leur intrication et leur complémentarité qui ont favorisé les actions en soutenant la mobilisation des acteurs.

Formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire

Le PRS de prévention du suicide dispose d'un volet d'actions de formation important concernant tous les professionnels ou acteurs de la santé. En octobre 2000, après l'annonce à Nantes dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne de la stratégie nationale d'actions contre le suicide ciblant en particulier la prévention auprès des jeunes, la DGS a organisé avec l'Anaes et la Fédération française de psychiatrie une conférence de consensus sur la crise suicidaire. Des formations de « formateurs » ont été organisées pour diffuser ce contenu dans toutes les régions et des binômes « psychiatres/psychologues » constitués. Ils s'engageaient ensuite à diffuser pendant trois ans ces formations aux acteurs de la région.

C'est dans ce contexte que la région des Pays de la Loire a bénéficié d'une opportunité de former sept formateurs dès le début. Ce nombre a permis de multiplier ces formations, de déterminer deux territoires plus favorables à la mobilisation des professionnels en raison de leur proximité : l'un constitué de deux départements, Loire-Atlantique et Vendée, l'autre constitué par la

Mayenne, la Sarthe et le Maine-et-Loire. Deux établissements hospitaliers ont été volontaires pour l'accueil et la mise en place logistique des formations : le centre hospitalier de Montbert, en Loire-Atlantique (*voir interview ci-après*), et le centre hospitalier universitaire d'Angers, en Maine-et-Loire. Les candidatures retenues pour ces formations ont été sollicitées tant par l'échelon régional que départemental pour garantir le caractère pluridisciplinaire (administration pénitentiaire, Éducation nationale, associations, professionnels de santé : médecins, infirmiers, etc.) mais aussi une réelle adaptation aux besoins locaux de formation. Chaque formation de deux jours – continue ou non – concernait quinze à vingt personnes. Elles ont débuté en 2002 et se poursuivent aujourd'hui. À ce jour, soixante-seize personnes ont été formées en 2002, cent quarante-six en 2003, deux cent vingt-neuf en 2004 et deux cent soixante et onze en 2005.

Évaluer le risque

Le contenu des formations, issu de la conférence de consensus, comprend des éléments épidémiologiques, une explication du déroulement de la crise suicidaire, l'exposé de facteurs de risque, les éléments de l'intervention de crise, l'évaluation du risque suicidaire et de l'urgence, le potentiel suicidaire et la dangerosité. Il y a, dans cette formation, un équilibre entre contenu théorique et jeux de rôle. Ce cursus a

fait l'objet, fin 2003, d'une évaluation avec trois objectifs :

- faire le bilan des formations par sites et apprécier le bien-fondé de leur reconduction mais aussi de leurs modalités de mise en œuvre (par exemple deux jours contigus ou séparés) ;
- dresser des pistes de travail et des modifications à mettre en œuvre, transposables pour d'autres formations et d'autres programmes que le suicide ;
- permettre un temps d'échange et de rencontre à distance entre les formateurs et les professionnels formés.

Cette évaluation a pris la forme d'un questionnaire envoyé (taux de réponse 52 %) à tous les participants ; après analyse, les résultats ont été présentés lors d'une rencontre entre les formateurs et les professionnels formés. Le questionnaire a apprécié le contenu des documents remis, les modalités de formation par binôme et les jeux de rôle, les mises en pratique professionnelle qui en ont découlé et les difficultés rencontrées. Enfin, l'organisation de ces formations, assurée par la Drass, nous a permis d'en apprécier le rapport qualité/coût comparé à d'autres actions de formation financées. Les enseignements ont été multiples :

- renouvellement des formations en 2004 et 2005 au regard des appréciations portées, de la forte demande qui s'exprime ;
- maintien de la réalisation des forma-

tions sous forme de deux jours consécutifs sur les deux sites ;

- en lien avec la DGS : formation de nouveaux formateurs et extension de ces modalités de formation au milieu carcéral de façon intensive au regard de l'incidence du suicide chez les détenus ;
- dans le cadre des appels à projets de la région : attribution ciblée des crédits formation du PRS « suicide » pour ces formations, exclusivement au regard de l'évaluation et cela de manière consensuelle avec l'ensemble des acteurs de la région ;
- réelle valorisation grâce à cette action, de la politique régionale de santé mais aussi des modalités de mise en œuvre de la stratégie nationale d'actions contre le suicide.

Cette action de formation a été reconnue à tous les niveaux (national, régional et départemental) comme une action de qualité tant dans son contenu que ses modalités de mise en place. Elle

a également fait l'objet d'une communication au colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé qui s'est tenu à Québec en octobre 2004 (pour en savoir plus : www.colloquequebec2004.com).

En conclusion, cette action illustre la nécessaire articulation entre tous les niveaux : départemental, régional et national. Il existe une place reconnue et différente pour chacun, et c'est la complémentarité qui permet la qualité d'une politique de santé publique. Cette articulation entre les différents niveaux des services de l'État contribue à la mise en œuvre d'une politique de prévention et seule l'évaluation permet d'objectiver cette pertinence. On entrevoit dans cette action les rôles que peuvent tenir les différents niveaux. Le niveau national est le plus à même d'assurer la construction d'outils validés, comme une conférence de consensus.

Ces outils donnent de la cohérence à la politique de santé publique en permettant des évaluations et des comparaisons inter-régionales. Le niveau régional trouve sa place dans l'impulsion de la politique de santé publique, la coordination et l'adaptation la plus adaptée aux acteurs locaux que seul le niveau départemental peut le mieux proposer de réaliser. Ces éléments seront à intégrer comme une expérience réussie dont nous tirerons profit pour la mise en œuvre de la loi de santé publique et la politique de santé publique impulsée en région dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP) actuellement en cours d'élaboration.

Juliette Daniel

Médecin inspecteur de santé publique,
Chef de projet du programme régional de
santé de prévention du suicide,

Anne Le Gall

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale,
Drass Pays de la Loire.

« Depuis 2002, nous avons formé huit cents personnes ressources au repérage de la crise suicidaire »

Le centre hospitalier de Montbert est le seul, en France, à disposer d'une équipe spécialisée dans la prévention du suicide, composée d'une psychiatre, d'une psychologue, de trois infirmières à temps partiel et d'une secrétaire. L'équipe forme notamment des professionnels et copilote des actions de prévention. Entretien avec Kahina Yebbal, la psychiatre responsable de cette unité.¹

La Santé de l'homme : Quelles sont les missions de votre équipe ?

Kahina Yebbal : créée en septembre 2001 dans le cadre du projet d'établissement, notre unité de prévention s'est saisie des recommandations de la stratégie nationale d'action face au suicide que nous déclinons à partir du postulat suivant issu de l'expérience clinique : « la prévention du suicide est l'affaire de la communauté avant d'être celle des spécialistes ». Ainsi, nous avons développé des actions qui visent à informer, soutenir, renforcer les compétences des acteurs sentinelles de la communauté que sont :

- les familles confrontées à la crise sui-

cidaire, la tentative de suicide ou à un décès par suicide ;

- les professionnels et les bénévoles de première ligne dans le repérage des situations à risques ;
- les citoyens et élus engagés dans la prévention.

S. H. : La formation est l'une des actions phares de votre unité. Pourquoi ?

Si l'on veut intervenir en amont de la tentative de suicide, il faut que nous, spécialistes de troisième ligne, puissions être en lien avec des personnes ressources ou acteurs de première ligne qui eux sont directement en contact

avec les personnes en mal-être, par exemple, les infirmières scolaires pour les jeunes.

Notre rôle consiste à renforcer les compétences, d'où l'intérêt de ces formations que nous animons depuis 2002. Un adolescent qui va mal va donner des signes aux personnes qui l'entourent au quotidien, il est important d'aider ces intervenants de première ligne à décrypter ces signes d'alerte.

S. H. : Quelles formations leur proposez-vous ?

Au niveau de la région des Pays de la Loire, je fais partie d'un groupe de for-

mateurs (psychiatres, psychologues, infirmiers) et c'est la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales qui coordonne cette action.

Au niveau du département et du territoire Sud Loire, la formation est une bonne porte d'entrée pour mener avec les personnes ressources des projets de prévention là où elles travaillent au quotidien (écoles, maisons de retraite, associations, etc.). Ces formations regroupent des personnes d'horizons professionnels très diversifiés (Éducation nationale, hôpitaux, services sociaux, élus, etc.). L'objectif est double :

- partager un langage et des valeurs communes sur la gestion de la crise suicidaire ;
- favoriser le travail en réseau.

S. H. : Quels sont les enseignements essentiels de ces formations ?

En premier lieu, nous travaillons sur le fait que le suicide n'est pas une fatalité. Ce que nous apprennent les patients qui survivent à une tentative de suicide, c'est que tout au long du processus suicidaire ils sont ambivalents. Cette ambivalence est un véritable levier thérapeutique : toute intervention qui vise – par une écoute active – à reconnaître la détresse, le désespoir, le sentiment d'impasse de la personne, en somme la souffrance de la personne en crise, va apaiser son angoisse, rendre cette souffrance humaine supportable. C'est cela qui fait émerger l'ambivalence, rompre le sentiment d'isolement et décaler le projet suicidaire de quelques heures, de quelques jours, etc.

Le deuxième point central de la formation est le travail autour des représentations sur le suicide. Un exemple de ces représentations : « *Les personnes qui veulent vraiment se suicider ne donnent pas d'indications à leur entourage* ». C'est faux : dans huit cas sur dix, les personnes vont donner des signes directs ou indirects à leur entourage. Ce dernier est-il en mesure de les décrypter ? C'est une autre question.

Ces représentations ont une fonction sociale, celle de nous protéger contre l'angoisse que suscite l'idée de se donner la mort. Les professionnels ne sont donc pas épargnés. Toute la subtilité consiste à les repérer quand elles sont à l'œuvre dans notre pratique et d'ana-

lyser en quoi elles nous protègent (échec, culpabilité, sentiment d'impuissance, etc.).

S. H. : Comment travaillez-vous pour améliorer les pratiques des professionnels ?

Le troisième point central de la formation est justement la mise en situation des intervenants par des jeux de rôles pour améliorer les pratiques. Nous nous entraînons à mener des entretiens en situation de crise, établir une relation de confiance, explorer les émotions, pour les reconnaître et les valider, recueillir des éléments d'information sur le niveau de souffrance. Ces entretiens de crise sont très éprouvants pour les intervenants car ils nécessitent une intervention active. Nous abordons notamment les questions suivantes : comment entrer dans la bulle émotionnelle de la personne suicidaire pour briser son isolement sans être trop « contaminé » par sa détresse ? Comment faire pour rester aidants ?

S. H. : De quelle manière un professionnel peut-il évaluer le potentiel suicidaire d'une personne ?

Cette évaluation est le quatrième point central des formations. Établir une relation de confiance, explorer les émotions et donc apaiser l'angoisse sont déjà un acte thérapeutique, ce dont la

majorité des intervenants que nous formons n'ont pas conscience.

De la même façon, nombre de professionnels n'osent pas demander à la personne en crise si elle a des idées suicidaires, par crainte, infondée – voilà une belle idée reçue – de la pousser à l'acte alors que l'expérience montre que poser cette question soulage la personne en crise ; et c'est un moment clé de l'entretien car la personne va livrer, petit à petit, un certain nombre d'informations qui vont nous renseigner sur sa potentialité suicidaire avec trois indicateurs : le risque, l'urgence, la dangerosité, autrement dit des éléments de vulnérabilité, des signes de souffrance et d'intentionnalité suicidaire et l'accès à des moyens pour se donner la mort.

Cette évaluation va permettre de débusquer l'ambivalence et les compétences du sujet ou ses ressources lors d'autres situations de crise traversées. La mise en évidence des ressources du sujet et l'émergence de l'ambivalence sont des points d'appui incontournables pour aider la personne à sortir de la crise.

S. H. : Comment conclure un entretien avec une personne à risque suicidaire ?

L'intervenant va s'appuyer sur ses propres ressources et celles de la personne en crise pour construire un filet

de sécurité. Avec la personne, mais aussi avec son entourage, il va élaborer des stratégies à court terme simples, réalisables et humaines qui devront être mises en place pour les vingt-quatre puis les quarante-huit heures et les jours suivants. La règle d'or est de briser l'isolement de la personne et de son entourage. Il est à noter d'ailleurs qu'après un tel travail l'intervenant fait partie de l'entourage. Par ailleurs, il doit veiller à ne pas rester seul après ce type d'intervention pour pouvoir « ventiler » lui aussi ses propres émotions.

S. H. : Comment soutenez-vous le travail de prévention sur le département ?

Une fois ces « personnes ressources » formées, notre seconde action est de proposer de les soutenir et de les accompagner dans les actions de prévention qu'elles développent. C'est un véritable partenariat qui nous engage ensemble sur plusieurs années. Pour illustrer mes propos, je peux citer le projet « Jeunes et jeunesse en val de Logne », qui, depuis 2002, vise à prévenir les conduites à risques des adolescents sur cinq communes du Sud Loire, à renforcer les compétences et les facteurs de protection des enfants de 6 à 12 ans, des adolescents et des adultes relais. Ce projet est à l'initiative des élus et des citoyens de ces communes.

Un réseau départemental en sociologie est en train de voir le jour, il regroupe des associations, des professionnels de la santé libéraux et hospitaliers, les urgences et les services de psychiatrie.

S. H. : Quel rôle les non-professionnels peuvent-ils jouer dans la prévention ?

Un rôle important, peu valorisé. Depuis peu, nous formons et informons sur la crise suicidaire une nouvelle catégorie de personnes ressources : les élus des communes, confrontés à ce problème et qui nous ont sollicités depuis 2004. À l'issue d'une soirée-débat, lors de la Journée nationale de prévention du suicide dans le département, qui a réuni cent soixante personnes, nous avons constitué un groupe de travail d'élus et de citoyens volontaires d'une communauté de communes (Vallet, Loire-Atlantique) sur la prévention du suicide.

Ces vingt volontaires ont suivi la formation de gestion de la crise suicidaire, en même temps que les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux. Il faut accepter de partager le peu de connaissances que nous avons sur la crise suicidaire. Plus nous sommes nombreux – professionnels ou pas – à être des sentinelles sensibilisées, plus la personne en crise suicidaire a de chance de rencontrer une personne aidante sur sa trajectoire. La prévention du suicide est l'affaire de la communauté avant celle des spécialistes, la citoyenneté y a donc toute sa place.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Médecin psychiatre, responsable de l'unité de prévention du suicide à l'hôpital de Montbert, Loire-Atlantique.

Pour en savoir plus

Unité de prévention du suicide
Fédération de santé publique
Centre hospitalier de Montbert
44140 Montbert
Tél. : 02 40 80 23 80

Projet Val-de-Logne, contacts : M. Claude Naud, Mme Chantal Legrand, mairie de Courcoué-sur-Logne.

Projet Vallet, contacts : Mr Baron, mairie de la Regripière, M. Bachelier, mairie du Pallet.

COMMUNIQUÉ

équilibrés
LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- Chaque mois, « équilibrés », la lettre électronique d'information mensuelle de l'Inpes, en ligne sur le site.
- Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants en prévention et en éducation pour la santé

Inpes
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
www.inpes.sante.fr

- Pour la découvrir et vous abonner gratuitement, rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

Entretien avec Martine Métivier, directrice d'un centre de prévention du suicide et de l'isolement¹

« Cessons de ne pas entendre ce qu'ils essaient de nous dire ! »

Le centre de prévention de l'isolement et du suicide de Nantes accueille trois mille personnes par an. Six cents d'entre elles bénéficient d'un accompagnement dans la durée : entretiens réguliers avec des assistantes sociales, groupes de parole, ateliers de créativité. Les douze professionnels du centre – tous travailleurs sociaux – interviennent aussi sur demande dans les établissements scolaires, auprès des élèves, des parents et des enseignants.

La Santé de l'homme : Comment travaillez-vous ?

Martine Métivier : Le centre d'accompagnement social de l'association « Recherche et Rencontres » a pour objectif la prévention du suicide et de l'isolement. Notre fonction première est de recevoir du public, dans un local ayant pignon sur rue dans le centre de Nantes. Nos accueillants sont douze professionnels : animateurs sociaux, assistantes sociales, chargés d'accueil. Nous accueillons deux à trois mille personnes par an et accompagnons sur la durée cinq à six cents d'entre elles.

Les gens viennent spontanément nous voir. Nous travaillons à réduire leur anxiété, nous leurs proposons des entretiens réguliers de soutien avec nos assistantes sociales, des groupes d'expression basés sur la créativité (théâtre, danse, écriture, peinture, relaxation) et animés par des travailleurs sociaux, pour les aider à améliorer leur image et leur confiance en eux-mêmes. Le public qui franchit notre porte est très hétérogène : femmes, hommes, jeunes, quadras, personnes âgées, personnes de milieux défavorisés, cadres en dégringolade. Tous ont un double point commun : une sensation d'être en rupture sociale et une mauvaise image d'eux-mêmes. Ils ont en général une mauvaise perception des lieux de soins et ne veulent parfois voir ni médecins ni psychologues. Ils viennent nous voir parce qu'ils ont perdu des liens, un emploi, ne se remettent pas de traumatismes, conflits ou séparations récentes

ou anciennes. Nous tournons avec un budget à 100 % subventionné par les pouvoirs publics et les collectivités locales, départementales et régionales, pour cinq personnes en équivalent temps plein.

S. H. : Pourquoi avoir suivi et fait suivre à votre équipe la formation de repérage de la crise suicidaire organisée par la Drass (cf. l'article de Juliette Daniel) ?

La prévention du suicide est notre unique objectif, l'essentiel de notre équipe y travaille depuis vingt ans et est donc expérimentée. Pour nous, cette formation de deux jours n'est évidemment pas suffisante et la majorité d'entre nous est titulaire d'un cursus passant par des formations universitaires en suicidologie. Mais nous avons néanmoins tenu à suivre cette formation car – intérêt majeur – elle permet de partager ses pratiques avec d'autres professionnels. Nos assistantes sociales qui l'ont suivie ont ainsi pu, par la suite, la recommander à d'autres intervenants. Je l'ai moi-même conseillée à nos partenaires infirmières et médecins de l'Éducation nationale. Nous constatons que chaque professionnel ou intervenant y a puisé de façon différente du savoir et de la pratique. Pour les intervenants moins aguerris, la formation aura au minima amélioré leur façon de faire pour repérer la crise suicidaire. Pour les professionnels, les plus éloignés de cette question, cela les aura peut-être incités à être plus attentifs à la façon dont les patients ou les per-

sonnes qu'ils reçoivent parlent de leur mal-être ; ils auront ainsi amélioré leur capacité d'écoute.

S. H. : Comment intervenez-vous dans les établissements scolaires ?

Notre deuxième fonction concerne effectivement la prévention plus en amont : nous organisons et animons des actions de sensibilisation, de formation et d'information dans les établissements scolaires – principalement les lycées – auprès des élèves, des parents et des enseignants. Pour les élèves, nous animons des groupes de parole en scindant les classes par groupe de quinze personnes au maximum. Nous animons un temps de parole libre sur les questions du bien et mal-être, ce qui correspond bien à la demande des établissements et au mode de communication des lycéens. Pour les parents, il s'agit de réunions d'information et d'échange. Enfin, pour les enseignants, il s'agit d'information voire de formation : ils attendent plutôt de nous une aide, des conseils, un apprentissage au repérage des signes d'alerte ; parce qu'ils ont la hantise de passer à côté du mal-être d'un élève, d'être maladroit, trop cassant, etc. Mais il s'agit d'enseignants déjà sensibilisés à cette problématique et qui se posent la question de ce relationnel avec les élèves et de ses conséquences sur les élèves potentiellement à risque suicidaire. Nous ne touchons pas les autres enseignants qui ne se posent pas cette question. Nous nous déplaçons uniquement à la demande, et chacune est

différente : dans certains cas, des établissements font appel à nous à la suite d'une demande formulée par les élèves eux-mêmes. Au total, nous organisons dix à quinze actions de ce type par an.

S. H. : Y a-t-il un apprentissage à acquérir pour repérer un risque suicidaire ?

Il n'y a pas d'apprentissage commun théorique, chaque personne en crise suicidaire est différente, les signes ne sont pas les mêmes. Mais il y a toutefois un contexte commun suffisamment récurrent. Le repérage d'un risque suicidaire est le fruit de l'expérience : c'est un faisceau de contextes, de comportements et aussi d'intuition.

S. H. : Quel est le poids de l'écoute dans ce face-à-face et en quoi l'expérience joue ?

L'écoute et la capacité de répondre au signal de l'autre sont fondamentales. Nous nous efforçons de communiquer

à la personne que nous avons en face de nous ce que nous ressentons, à condition de l'exprimer avec distance et respect. Nous avons la conviction fondée sur l'expérience que cette parole en retour apporte à la personne fragilisée un complément d'information sur elle-même. Or de nombreux intervenants, amis ou membres de la famille n'osent pas le faire. Une fois qu'on lui a transmis ce que l'on ressentait, il faut laisser parler la personne pour que cet échange relationnel soit aidant pour elle.

De la même façon, l'expérience permet de mieux décrypter le risque derrière les non-dits. Nous avons créé des groupes d'échange et de soutien pour les personnes dont un proche s'est suicidé. Quand nous revenons avec eux sur les jours précédant l'acte, souvent ils identifient des moments où il y avait des signes qui pouvaient faire comprendre le danger de la situation, et ils ne l'ont pas compris. Ce peut être la réflexion apparemment anodine d'un jeune à sa famille du type : « Vous seriez mieux

sans moi » ou « J'ai décidé de donner ma moto à mon frère. » Parfois ce sont des messages pratiquement impossibles à décrypter, basiques mais inaudibles pour les personnes de l'entourage, qui ne les entendent pas. Ils ne sont évidemment en rien responsables mais la communication humaine est ainsi faite que certains signes sont inaudibles, sauf à y être tout particulièrement exercé. Notre expérience nous permet – ainsi qu'à d'autres professionnels – de décrypter certains de ces appels de détresse. En d'autres termes, si je voulais résumer cette difficulté de manière provocatrice, je dirais : « Cessons de ne pas entendre ce qu'ils essaient de nous dire ! »

Propos recueillis par **Yves Géry**

1. Assistante sociale, directrice du centre d'accompagnement social de prévention du suicide et de l'isolement de l'association « Recherche et Rencontres » à Nantes.

*Centre social spécialisé « Recherche et Rencontres » - 23, rue Adolphe-Moitié, 44000 Nantes
Tél. : 02 40 08 08 10 – Fax : 02 51 82 43 09 – email : rnanantes@wanadoo.fr*

Santé publique

sommaire n°1 mars 2006

Éditorial

Séminaire SP & AM : évaluations des pratiques professionnelles des médecins généralistes
R. Bataillon

Études

Faisabilité du dépistage systématique des comportements addictifs chez les patients hospitalisés
A.L. Le Faou, O. Scemama

Conséquences des accidents de la circulation chez les enfants : suivi pendant un an d'enfants accidentés dans le Rhône
M. Chiron, P. Charnay, J.L. Martin, I. Vergnes

Évaluation par les professionnels de santé du système d'information sur les risques cancer liés à l'environnement
M. Dessaigne

Épidémie de malaises survenus dans un hôpital : une enquête qualitative
L. Bentz, E.H. Benmansour, C. Pradier

Facteurs liés au retard du diagnostic de la tuberculose à Conakry (Guinée)
A. Camara, A. Diallo, L.M. Camara, K. Fielding, O.Y. Sow, J. Chaperon

Estimation de la mortalité attribuable aux particules fines (PM10) dans les 9 villes françaises participant au programme européen APHEIS
J.F. Jusot, A. Lefranc, S. Cassadou, M. D'Helf-Blanchard, D. Eilstein, B. Chardon, L. Filleul, L. Pascal, P. Fabre, C. Declercq, H. Prouvost, A. Le Tertre, S. Medina

Politiques
Enseignement de l'éthique et des Droits de l'Homme en Europe
F. Claudot, A.-J. Van Baaren-Baudin, P. Chastonay

Inégalités devant la mort en bas âge au Pérou
E.F. Orihuela-Egoavil

Les aspects juridiques et éthiques de la protection des données issues du dossier médical informatisé et utilisées en épidémiologie : un point de la situation
S. Picard, J. Pellet, J.F. Brulet, B. Trombert

Pratiques

Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val d'Oise de 1999 à 2003
G. La Ruche, B. Brunet

Vers un socle de compétences partagées pour les médecins en santé publique
A. Riffaud, D. Jourdan, L. Gerbaud

Planification et suivi de l'activité d'un service de santé scolaire à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux ; l'expérience de Villeurbanne
F. Guerrier-Sagnes, M. Fortin, F. Beynel-Mélinand

Lettre du terrain

L'accueil dans les restaurants scolaires d'enfants présentant une allergie alimentaire, une enquête en Maine et Loire
S. Fanello, C. Richard, G. Rollet

Lectures

Démarche participative et santé : **mythe ou réalité ?**

La participation des populations aux actions et aux dispositifs de santé publique est-elle un mythe ou une réalité ? C'est à cette question que nous nous sommes attelés dans le présent dossier. En prenant appui sur l'inscription de la participation comme un pilier de la promotion de la santé telle que définie dans la charte d'Ottawa, nous avons demandé à une dizaine d'experts de dresser un état des lieux de la participation des publics dans les projets de santé. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la mise en œuvre de la démarche participative dans des programmes de santé destinés aux populations en situation de précarité.

D'entrée, Bertrand Sachs (ministère de la Santé) interroge le fait que la démarche participative est essentiellement l'apanage des projets de santé destinés aux plus défavorisés. Chercheuse et enseignante, la Québécoise Louise Potvin souligne l'impératif absolu d'associer les citoyens aux décisions de santé sans pour autant tomber dans une vision « romantique » de la participation.

Place ensuite aux programmes de santé qui, en France, intègrent – avec plus ou moins de succès – la démarche participative. Parmi les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, le Limousin est le seul à s'être doté d'un comité des usagers ; ces derniers peuvent ainsi faire entendre leur voix dans les décisions. Parmi les nombreuses expériences locales qui tentent de faire participer les publics, notamment à travers les Ateliers santé-ville, nous présentons les actions mises en œuvre à Brest (Finistère) et Bobigny (Seine-Saint-Denis) : leur point com-

mun, aller au plus près des usagers par les rencontres, des conférences locales de santé, le travail des professionnels de santé dans les quartiers. Autre dispositif, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) de Saint-Étienne (Loire) et Chambéry (Savoie) sont présentées ; ici

il est peu question de participation tant l'accès aux droits les plus fondamentaux (logement, soins...) reste à construire pour les plus démunis. À Denain (Nord), une bénévole « relais », anciennement sans domicile fixe, accompagne les SDF vers un parcours de soins et d'accès aux droits fondamentaux. À Lyon, c'est une équipe socio-médicale (médecin, infirmière et assistante sociale) qui intervient en travail de rue auprès de ces mêmes populations.

Le fil conducteur de ce dossier est de présenter non un idéal, mais la réalité, y compris à travers les programmes les plus expérimentaux. À cet égard, le travail innovant des médiateurs de santé dans trois régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Guyane) démontre que ces médiateurs, s'ils

sont bien formés, peuvent accompagner les personnes en situation de précarité vers les soins et la prévention. C'est le sens du témoignage d'une médiatrice et d'une anthropologue qui travaillent dans les quartiers nord de Marseille. En Seine-Saint-Denis, c'est à l'ensemble des habitants que les conférences locales de santé s'adressent, elles ont permis d'infléchir la politique locale, de créer des structures à la demande des populations. Enfin, ce dossier se clôt par la présentation d'une autre expérience innovante : à Pau, un professionnel a formé vingt compagnons d'Emmaüs au théâtre forum, en les associant à la conception de la pièce, jouée par ces compagnons en France et en Inde. Au final, l'ensemble de ces initiatives démontre à la fois l'intérêt de la démarche participative et ses difficultés de mise en œuvre.

Yves Géry

Renaudot : colloque sur la participation à Lyon

L'Institut Renaudot, spécialisé en promotion de la santé et qui travaille notamment sur les pratiques communautaires de santé, organise les 9 et 10 juin 2006 à Lyon ses 4^e Rencontres sur le thème « Participer ? Enjeux et conditions pour construire ensemble », en collaboration avec le conseil régional et la ville de Lyon, avec le soutien notamment de l'INPES. Ateliers et séances plénières aborderont quatre thèmes : Participer, pour qui ? vers quoi ? Les cheminements de la participation. Qui participe ? avec quelle légitimité et pouvoir ? Créer les conditions d'une participation facilitée.

Renseignements et inscriptions : Tél/fax 01 48 06 67 32.

Courriel : renaudot@free.fr Site Internet : www.renaudot.free.fr

Dossier coordonné par **Anne Guichard**, chargée d'expertise scientifique à l'INPES.

Nous remercions François-Paul Debionne, médecin inspecteur régional adjoint à la Drass Alsace, pour sa précieuse contribution à ce dossier.

L'approche participative dans un projet de santé

« C'est à une véritable réflexion éthique et critique sur les enjeux et les finalités rattachés à la démarche participative que ce dossier invite »

L'approche participative est une notion très en vogue tant dans les politiques publiques, dans les actions associatives que dans les engagements des collectivités locales. Faire participer les publics, leur donner la parole ou bien les consulter est considéré comme un critère de qualité des dispositifs de santé publique, notamment dans la mise en œuvre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) instaurés par la loi de lutte contre les exclusions¹ ou les Ateliers santé ville (ASV). Dans le domaine de la santé, l'approche participative incite les

acteurs de la santé et du social à se rapprocher pour développer des modalités d'intervention au plus près des besoins et des conditions de vie des personnes, considérées dans leur globalité.

Si l'intérêt d'une démarche participative semble aujourd'hui acquis dans le champ de la santé, sa mise en œuvre réelle, ainsi que la démarche qui l'inspire ne sont pas toujours sans ambiguïtés. Dans les pratiques, en

effet, la participation des publics à la définition des politiques de santé ou à l'action locale recouvre des réalités très différentes, allant de la représentation ou de la consultation ponctuelle des usagers à des formes d'implications plus actives et soutenues dans le temps.

Dans l'action sociale, le modèle participatif tente de se substituer au modèle de l'assistantat, jugé trop passif. L'individu est appelé à se prendre en main et à jouer un rôle plus actif. Dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé qui constitue le cadre de réflexion de ce dossier, il n'existe pas de définition univoque de cette notion. La participation est souvent conçue au sens large, elle recouvre l'idée de prendre part, sous la forme d'un apport personnel, aussi bien à la pensée qu'à l'action. En santé communautaire, en revanche, la notion de participation va généralement plus loin, elle est à comprendre au sens « d'être partie prenante » à la mise en œuvre d'un projet, de sa conception jusqu'à sa réalisation. En ce sens, la participation est considérée comme un processus qui doit permettre à terme aux individus, aux familles ou aux communautés de prendre en charge leur propre santé et leur bien-être.

Si la participation est devenue une composante fondamentale des interventions de santé, l'hétérogénéité des discours et des modes de participation tend à semer la confusion dans les esprits. L'absence de clarification du

concept sème le trouble, on ne comprend plus bien ce qui relève du processus ou de la finalité ; les motivations et les logiques qui sous-tendent ces différentes façons « d'impliquer » les personnes ne sont pas sans poser question : quid de la participation utilitariste, à visée démocratique ou à but d'*empowerment* ? Or ces questions se posent avec une plus grande acuité encore lorsqu'il s'agit de personnes en situation de vulnérabilité. L'implication volontaire et active des personnes aux différentes phases d'un projet de santé est souvent difficile à mettre en œuvre, *a fortiori* lorsque l'on s'adresse à des personnes qui cumulent les difficultés et pour qui les préoccupations de santé ne se situent pas toujours au premier plan.

Au-delà de la discussion méthodologique relative à la mise en œuvre de la démarche participative avec des publics en situation de vulnérabilité, c'est à une véritable réflexion éthique et critique sur les enjeux et les finalités rattachés à cette notion que le dossier invite. Dans quelles circonstances leur participation est-elle utile, efficace ? Peut-on craindre les effets pervers d'une démarche participative avec les publics plus défavorisés socialement ? Au-delà de « l'idéologie participative », quelles sont les précautions éthiques à prendre lorsque l'on envisage de faire participer des publics fragilisés à un projet de santé ? Telles sont quelques-unes des questions en cours de réflexion à l'INPES.

Dans un contexte où les inégalités de santé tendent à s'aggraver, l'INPES s'est fixé comme priorité de contribuer à réduire les écarts de santé. Pour y parvenir, l'Institut a inscrit la prise en compte des populations en situation de vulnérabilité dans l'ensemble de ses programmes et engagé différentes activités, conférences, études, documents, outils et supports de communication. L'élaboration de ces actions n'a pas manqué de susciter notre réflexion autour du partage et de la légitimité des savoirs et des modalités d'association des publics aux différentes phases de nos projets.

Ce dossier confronte ce qu'il peut y avoir de « mythe » dans le concept de participation ou dans les « discours » qui s'y rattachent, par rapport aux réalités du terrain. Les expériences relatées font état d'avancées mais aussi de difficultés et des questions posées par la démarche participative, *a fortiori* lorsqu'elle implique des populations en situation de précarité.

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'INPES.

1. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 parue au JO n° 175 du 31 juillet 1998. Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Démarche participative : interroger les faits

Permettre au citoyen d'être acteur de sa santé, de participer aux décisions le concernant : l'objectif est noble, les expériences montrent que sa réalisation peut profiter aux populations concernées. Mais pourquoi cette démarche participative concerne-t-elle principalement les populations en situation de précarité ? Sans remettre en cause le bien-fondé du concept et, après en avoir souligné tout l'intérêt, Bertrand Sachs pointe ici la double ambivalence de cette démarche : la nécessité pour les plus défavorisés de participer comme condition pour pouvoir bénéficier d'un dispositif ; l'appel à la participation comme signe de l'impuissance de la société à améliorer la condition des plus précaires.

Participer, participation : ces deux mots peuvent résonner aujourd'hui comme témoignant d'une exhortation à l'exercice, par chacun, d'un engagement citoyen dans une société républicaine et laïque. Plus largement, ils évoquent un courant actuel – mais en réalité pas nouveau – selon lequel les personnes, les familles qui habitent la France ne doivent pas se maintenir et/ou être maintenues dans la passivité au regard des enjeux et des situations qui les concernent ou qui devraient les concerner.

L'actualité du concept de « participation des usagers » est le signe d'un souci politique de faire fructifier la démocratie représentative par une dose plus ou moins importante de démocratie participative. En parallèle, le recours à ce concept est aussi la conséquence de l'accroissement, au sein de la société, de comportements tantôt individuels, tantôt collectifs qui traduisent une volonté des personnes et des groupes, plus ou moins affirmée, plus ou moins mise en actes, d'être, selon une expression devenue courante, des acteurs de leur vie et dans leur vie.

Un outil pour la réduction des inégalités ?

On peut voir aussi dans l'actualité du concept de participation une forme de reconnaissance implicite, de la part des instances politiques et des instances administratives, de la difficulté, parfois de l'incapacité, des systèmes – dans les missions, les configurations et les

moyens qui sont les leurs – d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sociaux d'aujourd'hui : inégalités, injustices, situations de précarité, pauvreté, etc.

Des citoyens, des habitants, des usagers qui participent, ce sont, en théorie, des personnes et des groupes qui sont invités à devenir, à être des acteurs, à s'exprimer. Mais dont on attend aussi qu'ils comprennent et qu'ils prennent en compte les limites des pouvoirs et de l'action de l'État, ainsi que la nécessité « de ne pas tout attendre de lui ».

La société d'aujourd'hui n'est pas dénuée de systèmes de solidarité privés et institutionnels. Elle est néanmoins caractérisée par la montée des individualismes, d'un déficit de connaissance des situations vécues par les autres groupes sociaux, en d'autres termes d'une indifférence personnelle et/ou « tribale » au sort de l'autre et des autres. Ainsi, les notions de participation, de démarche participative peuvent paraître de l'ordre de l'incantation, quand bien même des initiatives, en nombre croissant mais peu nombreuses, ont pour objet et effet de mettre en œuvre ces notions.

Dans le champ de la santé et de l'action sociale, la mise en œuvre de la participation des usagers s'est développée au cours des dernières années, favorisée par des innovations législatives appropriées. La représentation officielle des usagers s'est étendue progressi-

vement dans le cadre de nombreuses instances publiques et privées du système de santé. Des actions associatives de proximité fonctionnent dans une dynamique de participation à travers, notamment, des pratiques de santé communautaire ou des pratiques spécifiques de soutien et d'accompagnement auprès de populations touchées par la pauvreté.

Des lieux et des milieux précaires

Force est de constater que dans les faits, au-delà des formes naissantes de représentation des usagers au sein des institutions du système de santé, les approches participatives sont restées jusqu'ici, le plus souvent, le propre d'actions entreprises dans des lieux et dans des milieux dits précaires, défavorisés, démunis, exclus, etc., c'est-à-dire pauvres. Une telle réalité ne peut manquer d'interroger le sens et les applications concrètes de la notion de participation.

Les situations de précarité, souvent dramatiques, concernent un nombre important de personnes de tout âge et de familles. Le plus souvent, la précarité est devenue le lot quotidien des populations les plus vulnérables par leur statut social et économique, par leur présence irrégulière sur le territoire, par leurs conditions d'habitat et de logement ou par le défaut de logement, par des difficultés d'accès au système de santé, par la faiblesse de leur niveau d'éducation scolaire et de formation. À ces situations de pauvreté souvent

anciennes et pérennes s'ajoutent des situations de vulnérabilité récentes, mais durables, liées en particulier aux méfaits du chômage ou de l'emploi précaire.

Le système de protection sociale et le système de santé français sont reconnus comme globalement performants. Toutefois, leur performance ne profite pas également à tous les milieux sociaux. Ces systèmes, quand ils s'appliquent aux populations dites « démunies », se révèlent souvent difficilement compréhensibles et accessibles, inaptes à inverser ou ralentir le processus de précarisation avant que celui-ci devienne irréversible.

Les dysfonctionnements et insuffisances des systèmes de protection et de soins sont vécus avec d'autant plus d'acuité que leurs effets sont durement éprouvés au quotidien par les populations en situation de précarité, mais aussi par les professionnels et les bénévoles qui les côtoient et ont pour tâche de les aider à accéder aux droits et aux prestations auxquels elles peuvent prétendre.

Le risque de l'injonction à participer

Le développement de la mise en œuvre, en France, de démarches participatives avec des populations en difficulté s'est effectué à l'aide de méthodes parfois adaptées de pratiques en usage dans les pays en développement. Il est en lien direct avec la montée de la précarité : distance ressentie entre, d'un côté, des situations concrètes de pauvreté et de vulnérabilité et, de l'autre, l'abstraction des systèmes et des fonctionnements administratifs ; sentiments d'isolement, d'impuissance, de rejet souvent éprouvés par les populations qui ne trouvent pas leur place dans les dispositifs ou qui ne s'y sentent pas bien accueillies ; souci des professionnels et des bénévoles que les personnes et les familles soient reconnues dans leurs savoirs « profanes », dans leurs droits, dans leur dignité...

Ces approches participatives, conduites au plan local au plus près des populations concernées, visent à associer les personnes et les familles aux démarches qui les concernent : accompagner plutôt qu'assister, faire avec et non pour, prendre en compte la parole,

les savoirs, les idées des personnes et des groupes, lutter ensemble pour une meilleure intégration sociale, économique, culturelle.

Les populations précarisées – au moins celles qui sont soutenues, encouragées, aidées par le secteur associatif spécialisé dans ce domaine – découvrent l'intérêt, pour elles, de s'engager, notamment dans le cadre d'actions participatives, pour une amélioration de leur condition et une atténuation de la disqualification sociale qui souvent les marque.

La participation ne prend pas, dans ce cas de figure, le sens de l'engagement civique attendu, en théorie, de chaque citoyen, mais néanmoins facultatif (cas du droit de vote dans la France républicaine). Elle peut être perçue comme une nécessité, voire une condition indispensable, pour parvenir dans le cadre de ses droits à « bénéficier » des systèmes de protection sanitaire et sociale, là où les « munis » sur les plans économique et culturel en bénéficient sans avoir à participer, à lutter, si ce n'est dans le cadre d'un engagement militant choisi.

Dans cette situation, l'approche participative a pour origine et objet une volonté de s'affronter à des inégalités afin de les réduire, à des injustices, des dysfonctionnements propres au système en place. Cette confrontation ne peut se faire, pour ce qui concerne les habitants, les usagers, qu'au prix d'un engagement, d'un effort, d'une vertu spécifique, suggérés, sinon imposés, à des populations pourtant déjà lourdement exposées à des difficultés auxquelles les munis échappent dans une large mesure.

La revendication, voire l'exigence, d'un droit à l'insouciance pour « l'usager » est aujourd'hui partagée, au sein d'une large part de la population, pour ce qui concerne l'accès au bénéfice de droits sociaux, de prestations, de formes d'aides institutionnelles diverses, considérés comme des avantages acquis qui ne doivent supporter aucun manquement. Cet état de fait ne comporte pas, *a priori*, d'incitation en faveur de la pratique de démarches participatives dans le domaine de la santé et du soin. De plus, la notion de participation, qui implique qu'il y ait action collective,

peut, dans le champ de la santé, ne pas trouver d'écho auprès de tous ceux pour qui la santé et, plus encore, la maladie, relèvent avant tout de la sphère privée, de l'intime.

Souvent, la dimension collective recherchée ou autorisée par une personne qui a des problèmes de santé, n'est pas de l'ordre de la participation : elle peut se limiter au besoin de ne pas se sentir seule face à l'épreuve, de chercher du réconfort à travers un rapprochement avec d'autres personnes confrontées à la même situation. La plupart des associations intervenant dans le champ de la santé ont pour objectif de répondre à ce type de besoins.

Aux précaires, donc, de participer, même s'ils aspirent eux aussi, autant que les autres, à pouvoir être « bénéficiaires » sans avoir à se mobiliser pour y parvenir. Mais, de fait, la participation – outre une éventuelle revalorisation de l'image que les personnes et groupes en situation de précarité ont d'eux-mêmes, et de l'image que « l'opinion » se fait d'eux – peut leur apporter des bienfaits individuels et collectifs appréciables. Néanmoins, cette participation peut apparaître aussi comme une contrainte supplémentaire qui vient s'ajouter à toutes les autres contraintes imposées par la précarité.

Les conditions de la participation

Un nombre croissant de professionnels et intervenants des institutions sanitaires et sociales constate sur le terrain que l'approche participative peut être efficace. Cependant, les résultats escomptés et obtenus d'une telle approche peuvent être très différents selon les modalités et le degré de la participation mise en œuvre. Ainsi, certaines démarches, présentées sans doute à tort comme participatives, se limitent à des actions d'information en direction des publics concernés. D'autres, plus proches de la réalité du concept de participation, peuvent aller depuis la seule consultation jusqu'à des processus dits de « codécision ».

Les méthodes nécessaires à la pratique de démarches participatives sont encore peu connues et utilisées en France. Des organismes – parmi lesquels, entre autres, l'Institut Théophraste-Renaudot, l'association Action,

Formation, Recherche en santé communautaire (Afresc), l'association Développement, Innovation, Évaluation en santé (Dies) – se sont donné pour tâche d'en développer l'usage en proposant des formations et des publications et en conduisant des actions sur le terrain. Pour être véritablement participatives, les procédures mises en œuvre ou préconisées – au-delà de la nécessité d'une vigoureuse volonté politique – sont exigeantes en termes de moyens, d'encadrement méthodologique, de documentation, de formation, d'engagement, de persévérance de la part des acteurs concernés... Autant d'exigences qui indiquent les conditions théoriques de la réussite mais, aussi, qui expliquent que certaines initiatives, faute de parvenir à s'y plier, connaissent l'échec.

Les approches participatives, quand elles produisent ce qui en est attendu, ne bénéficient pas seulement aux populations concernées. Elles ont aussi pour intérêt non négligeable d'aider les professionnels et les bénévoles des systèmes sanitaires et sociaux à se préserver de la crainte culpabilisante et déstabilisante d'être cantonnés dans

une pratique « d'assistantat », de ne pas accorder suffisamment d'attention à la dignité des personnes et des populations et à leurs capacités de mobilisation pour être elles-mêmes des acteurs dans la recherche de solutions à leurs difficultés.

La pratique des approches participatives peut aussi contribuer à la gratification des acteurs confrontés au quotidien à l'accompagnement de situations de précarité et de souffrance et, souvent, à un sentiment d'impuissance. La démarche participative peut prendre alors une connotation militante, pourvoyeuse d'énergie et de constance dans l'engagement, partagée, avec la distance et la prudence qui s'imposent, entre les acteurs institutionnels et associatifs et les populations concernées.

Les expériences d'approche participative doivent aujourd'hui se développer avec toutes les réflexions et les précautions qu'implique la diversité des situations et des intentions autour desquelles elles sont construites. Il convient en particulier de veiller à ce qu'elles ne se réduisent pas à un outil,

parmi d'autres au service de la « paix sociale » et de la gestion statique de systèmes sanitaires et sociaux fonctionnant à plusieurs vitesses.

Pour ne pas conclure, j'espère que l'on me pardonnera une « autocitation » empruntée à un éditorial d'un numéro de la revue *Informations sociales* (Caisse nationale des allocations familiales), publié il y a onze ans déjà sur le thème : « Participer : le concept ». Je terminais ainsi : « *Si on n'y prenait garde, l'appel à la participation et à la citoyenneté, érigé en principe civique et moral, pourrait n'être, en période de crise grave, qu'une façon de masquer l'impuissance collective à éviter et à traiter les fractures sociales.* »

Bertrand Sachs

Bureau démocratie sanitaire,
direction générale de la Santé,
ministère de la Santé et des Solidarités¹.

1. Les analyses proposées dans cet article n'engagent pas le ministère de la Santé et des Solidarités.

Participation dans les programmes de santé : dépasser la rhétorique romantique !

Chercheuse et enseignante, spécialiste des approches communautaires et inégalités de santé, la Québécoise Louise Potvin analyse de façon décapante le concept de participation dans les programmes de santé. « Plus personne ne conteste la nécessité d'associer des citoyens non experts dans la prise de décision en matière de santé », explique-t-elle. Attention toutefois à ne pas tomber dans une vision romantique : la participation ne peut se mettre en place que sur des bases scientifiques et des pratiques éprouvées. En la matière, l'essentiel reste à construire !

C'est depuis les années soixante que les institutions de santé et de santé publique ont commencé à ouvrir leurs instances décisionnelles pour faire une place au patient ou au citoyen dans les discussions concernant le financement, l'organisation et les prestations des services de santé. Aujourd'hui, cette participation est un fait accompli. Personne ne songerait à remettre en question la pertinence, voire la nécessité, d'inclure des personnes autres que les experts à tous les niveaux de décision et pour toutes sortes d'initiatives de santé (1). Terme à la mode, exigence de la « nouvelle gouvernance » (autre terme à la mode), la participation, comme pratique de planification et de gestion, échappe toutefois à tout examen critique. À quelques rares exceptions près (2), personne ne semble disposé à questionner ses fondements, ou même à examiner les relations et dispositifs qu'elle implique. Il me semble qu'au-delà d'une rhétorique dogmatique, trois grandes questions soulevées par les pratiques participatives en santé restent encore à explorer et à discuter :
– qui devrait participer ? ;
– que se passe-t-il vraiment dans un espace participatif ? ;
– quels outils facilitent les processus dans cet espace ?

Regard critique sur la participation

La question de la sélection des participants relève de la structure dans laquelle s'exerce la participation. Comme

tout processus social, pour s'exercer, la participation requiert et produit des structures. Force est de constater que bien peu de travaux et de réflexions ont été menés concernant les diverses formes que peuvent prendre la participation et ses conséquences. En fait, un des premiers constats – résultant de l'examen de la littérature sur la participation dans le secteur de la santé – est l'utilisation d'une multiplicité d'expressions qui semblent être utilisées d'une manière interchangeable. En effet, le terme participation est souvent couplé à un qualificatif ou à un substantif désignant une catégorie de personnes comme dans participation communautaire, participation citoyenne, participation publique, participation des patients et de nombreuses autres variantes. Dans tous les cas, on renvoie ainsi à une catégorie de personnes à l'extérieur du système de santé, que l'on oppose aux experts et administrateurs qui proviennent de l'intérieur du système. Or, paradoxalement, si dans des pratiques fondées sur l'expertise la distinction entre les acteurs du système et ceux qui se situent à l'extérieur est relativement facile à établir, celle-ci s'embrouille au fur et à mesure que les pratiques passent en mode participatif et que les profanes acquièrent des connaissances qui rivalisent avec celles des experts.

Une autre facette de cette question est relative au mode de sélection des « représentants » de l'extérieur. Lorsqu'il

s'agit d'élire des membres désignés dans des conseils d'administration ou des comités locaux de pilotage, les très faibles taux de participation enregistrés pour ce genre d'élections témoignent bien du faible intérêt qu'ont les citoyens pour ces structures. La tentation pour les institutions devient alors très forte de sélectionner elles-mêmes ces représentants parmi les bassins de personnes et d'organismes avec lesquels elles ont établi des pratiques collaboratives. La question centrale qui se pose alors est celle de la légitimité de la représentation. Qui peut légitimement, dans une structure participative qui, par défini-

Repères sur les sociologies de l'action

En sociologie, on réfère d'une manière générale aux sociologies de l'action comme un ensemble de théories qui prennent pour objet les rapports situés entre les acteurs sociaux, postulant ainsi que la société se construit continuellement et est le produit de sa propre action. Loin d'être un champ unifié, les sociologies de l'action renvoient à des concepts aussi divers que : l'action organisée et l'acteur stratégique (Michel Crozier et Ehrard Friedberg) ; la planification de l'action collective (Laurent Thévenot), la théorie de la pratique fondée sur l'habitus et les champs (Pierre Bourdieu), la théorie du sujet (Alain Touraine), la théorie de l'acteur-réseau (Michel Callon), la sociologie des mouvements sociaux (Alain Touraine) et plusieurs autres.

tion, se situe à la frontière entre le système de santé et tout ce qui lui est extérieur, représenter cet extérieur d'une manière qui soit à la fois pertinente et efficiente pour le système et crédible pour l'extérieur? Malheureusement, il n'existe pas de réponse toute faite à cette question. C'est par la pratique et au fil des situations que les légitimités se construisent. Le problème, à mon avis, réside principalement dans le fait que l'on n'étudie que très peu les processus qui président à cette construction. Ce qui renvoie à notre deuxième question : que se passe-t-il vraiment dans un espace participatif?

En effet, on a beau fouiller la littérature, on ne trouve que très peu de textes présentant des explications théoriquement ancrées des processus qui caractérisent les espaces participatifs. Parce que formés par des acteurs en relation entre eux, ces espaces sont nécessairement des espaces sociaux qui impliquent donc des rapports identitaires et de pouvoir. On fait malheureusement très peu appel aux théories sociologiques de l'action (*cf. encadré p. 16*) pour comprendre ce qui se passe dans ces espaces participatifs. On s'attarde davantage aux caractéristiques, aux motivations et à la satisfaction des participants plutôt qu'aux processus par lesquels s'opère la négociation des pouvoirs, des responsabilités, des identités et des compromis qui forme la trame du travail dans ces structures. Il est tentant, pour les institutions qui se prêtent au jeu de la participation, de croire que leur bonne volonté et les principes altruistes qui les animent devraient trouver automatiquement écho dans un acquiescement presque inconditionnel à leurs propositions de la part de ceux que l'on invite dans des structures de participation. C'est dans cette tentation que l'on devrait chercher l'origine des frustrations des administrateurs désillusionnés qui renoncent à promouvoir des structures participatives parce que celles-ci sont souvent paralysées par des luttes de pouvoir souvent perçues comme n'ayant que très peu de relation avec les « vraies » questions à résoudre et qui, en dernière analyse, semblent freiner l'action.

Des références plus explicites et plus importantes au large corpus de la sociologie de l'action permettraient bien souvent d'éviter ces désenchantements.

Bien que variées et mettant l'accent sur une diversité de facettes de l'action collective, ces théories permettent d'analyser les processus sociaux qui président à l'élaboration de l'action dans des groupes organisés. La constitution d'un espace participatif équivaut à la déconstruction et à la mise à plat des hiérarchies qui caractérisent l'univers institutionnel et contribuent à son efficacité. Les outils théoriques qui permettent la compréhension de ces processus sont nécessairement sociologiques et situés dans l'action.

Enfin, comme toute pratique, l'exercice de la participation requiert des outils, un ensemble de façons d'être et de faire qui facilitent le déroulement des processus qui le caractérisent. Or, c'est précisément dans l'absence d'outils éprouvés, adaptables et adoptables par des décideurs tentés par l'expérience participative que la rhétorique de la participation se heurte le plus durement à la vacuité de ses assises théoriques (3). Il est extrêmement difficile de trouver dans la littérature des outils théoriquement fondés qui permettent d'anticiper sur les processus qui caractérisent l'espace participatif.

Commencer par le commencement et exposer les pratiques

Malheureusement, la littérature est bien pauvre concernant les récits d'expériences de participation réussie ou même ratée, desquelles des praticiens astucieux pourraient s'inspirer. C'est ainsi que ne sachant pas très bien qui devrait participer, ce qui se passe réellement dans un espace participatif et n'étant pas bien outillés pour agir dans un tel espace, des administrateurs et praticiens de la santé publique bien

intentionnés développent des résistances à cause d'expériences qui ont mal tourné.

Il est donc impératif d'examiner sérieusement et d'une manière critique les expériences de participation mises en place par le système de santé. La bonne volonté, les bons sentiments et la rhétorique romantique ne suffisent pas. Il faut rapporter les expériences qui fonctionnent comme celles qui ne fonctionnent pas, les conflits qui finissent par être productifs comme ceux qui aboutissent à un cul-de-sac. Il faut mettre sous étude ces expériences et les analyser avec des outils théoriques qui permettent d'en comprendre le fonctionnement.

Louise Potvin, PhD

Chaire (FCRSS-IRSC) Approches communautaires et inégalités de santé, Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, université de Montréal.

► Références bibliographiques

- (1) Fassin D. Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In : Fassin D. (sous la dir.). *Les figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur les expériences locales*. Paris : La découverte, coll. Recherches, 1998 : 7-46.
- (2) Contandriopoulos D. *A sociological perspective on public participation in health care*. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 321-30.
- (3) Potvin L., Gendron S., Bilodeau A., Chabot P. *Integrating social theory into public health practice*. *American Journal of Public Health* 2005; 95: 591-5.

Comité des usagers en Limousin : innovant mais fragile

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins de la région Limousin est le seul, en France, à être doté d'un « comité des usagers ». Femmes et hommes, sans emploi, familles monoparentales, migrants, ces « usagers » ont réussi à infléchir la politique locale en obtenant une meilleure prise en charge des frais dentaires et ophtalmologiques. Récompensée par le trophée de la qualité du service public, cette action isolée est restée au stade de l'expérimentation portant sur un programme régional.

La seule logique de l'offre (publique ou privée) et de la demande permet-elle à chacun de gérer sa santé ? La lecture des innombrables magazines consacrés à la santé des consommateurs que nous sommes pourrait le laisser croire ; pourtant, une insatisfaction s'installe presque inmanquablement, elle réside dans le décalage entre le lecteur, ses aspirations, ses opportunités et le caractère quelque peu systématique du modèle proposé.

Pour ce qui concerne les personnes en situation de précarité, cette question se complique en se dédoublant : existe-t-il une offre ? Existe-t-il une demande ?

Ces constats de bon sens suffiraient à justifier qu'on cherche à fonder les politiques de santé publique sur les gens tels qu'ils sont plutôt que sur ce qu'on leur propose d'être. Il est pour partie à l'origine de la création d'un comité des usagers du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) de la région Limousin. Elle s'est aussi fondée sur un apport plus général, celui que le concept de développement durable et en son sein le principe de participation ont apporté à la gestion des politiques publiques.

De Rio à Stockholm et Copenhague, on pourrait évoquer l'apport des sommets internationaux qui ont posé les bases d'une approche rénovée de notre action. En effet, à côté du principe de précaution, le principe de participation a été mis en avant par l'ensemble des déclarations de ces sommets, et fait l'objet d'un chapitre entier de l'agenda 21 adopté à Rio ; laquelle était également présente en droit national, dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998, qui

rendait obligatoire la mise en place dans chaque région d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies. Il faut aussi mentionner, plus localement, l'appui d'une unité CNRS-Inra de la faculté de droit et des sciences économiques de Limoges, le Crideau.

Sur ces bases, en 2003, à l'occasion de la mise en place des Praps de deuxième génération, la Drass du Limousin a décidé de doter son programme d'un comité des usagers qui a été installé au printemps 2004. Après avoir présenté ce comité, nous tenterons de dresser les grandes lignes d'une évaluation de l'action qu'il a menée depuis trois ans.

Le principe qui a présidé à la mise en place du comité est qu'il devait permettre à ses membres d'entrer dans la vertueuse dynamique d'un échange « gagnant – gagnant ». Encore fallait-il examiner de plus près les termes de l'échange : les usagers pouvaient espérer dialoguer directement avec les décideurs du programme, mieux, ils pouvaient espérer influencer le programme lui-même et les actions mises en œuvre ; l'administration pouvait quant à elle rencontrer son public, mieux prendre en compte ses attentes, et accessoirement espérer agir sur sa culture professionnelle, en jetant un regard curieux sur ce qui se passe au-delà de son environnement le plus immédiat composé d'autres administrations et d'innombrables institutions.

Pour être fonctionnel, le comité s'est appuyé sur deux impératifs. Le premier était qu'il devait disposer d'une orga-

nisation simple et réaliste. Il en a découlé que les usagers devaient y être nettement majoritaires et que les séances de travail du comité devaient être organisées de telle façon que chaque problème devait être abordé lors d'une unique séance, de manière à éviter la déperdition bien connue des renvois à des réunions ultérieures que seuls peuvent assurer les participants professionnels.

Il convient ici d'aborder quelques instants le serpent de mer de la représentativité. En effet, l'objection qu'en court systématiquement ce type de démarche est que la représentativité des participants n'est pas garantie. La réponse à cette question est simple, elle n'est pas garantie et elle ne prétend pas l'être. Le comité des usagers est en effet un outil qui permet incontestablement une meilleure représentation des usagers, mais qui ne prétend pas faire le tour de la question. Aborder cette question suppose que le comité soit un outil parmi d'autres, et notamment les études scientifiques et la parole des professionnels.

Droit de regard sur l'ordre du jour

Concrètement, les usagers sont désignés par les opérateurs des actions du programme parmi lesquels on trouve des missions locales, une association de demandeurs d'emploi, un centre de prévention du suicide, un foyer Sonacotra et différentes associations d'insertion sociale et d'accompagnement à la santé. Ces associations ne sont pas présentes aux réunions du comité mais, à la demande des usagers eux-mêmes, elles y envoient des professionnels des champs sanitaire et social qui répon-

dent de manière directe et concrète aux questions de leurs interlocuteurs. Au total, une trentaine d'usagers ont participé aux réunions du comité, représentatifs des publics des institutions qui les y adressaient, on y croisait à peu près autant de femmes que d'hommes, dont les âges variaient entre 20 et 60 ans, originaires de l'ensemble des départements de la région.

Deux agents de la Drass participent aux séances avec pour rôle d'animer avec souplesse les réunions, d'en établir le procès-verbal et de suggérer un ordre du jour sachant que les questions envisagées doivent pouvoir être réfutées et remplacées librement, l'objectif final étant de faire coïncider la parole la plus libre possible des usagers avec la structure plus contraignante des outils de gestion du programme.

Enfin, il convient d'ajouter qu'en plus d'être libre, la participation au comité est gratuite (ce qui n'a jamais fait obstacle à la venue de participants), la Drass prenant en charge les frais de déplacement et de repas des participants, par le biais de la subvention accordée aux associations supports.

Une remise en question nécessaire

Le décor étant dressé, il convient à présent de tenter une évaluation du fonctionnement du comité. La première réunion du comité a été l'occasion de s'apercevoir qu'en dépit de nos louables intentions, les fonctionnaires que nous étions avaient quelque mal à se refaire. Tout d'abord, nous n'avons pu nous empêcher d'être surpris par trois points extrêmement positifs ; oui, les usagers sont venus, ils ont même participé activement, et ils ont d'emblée fait preuve d'une remarquable capacité à faire abstraction de leurs problèmes personnels pour se situer sur le plan de l'intérêt général.

Nous n'étions pas quittes pour autant : habitués à des auditoires professionnels, nous avons prévu de leur asséner une interminable présentation du programme en guise d'introduction ; or, les usagers ont à juste titre refusé une démarche aussi descendante et ont demandé que l'on parte de leur expérience et de leurs apports pour seulement ensuite évoquer les réponses à construire dans le cadre du programme.

Deux exemples peuvent illustrer le fonctionnement du comité. Lors d'une des premières réunions, une caisse primaire d'Assurance Maladie est venue présenter la Couverture maladie universelle (CMU) et cela, à la demande des usagers qui en faisaient une priorité. À cette occasion, un désaccord sur le vocabulaire est venu prouver tout l'intérêt, pour notre culture professionnelle, de cette rencontre. En effet, un mot passé inaperçu dans les nombreuses présentations antérieures de cette synthèse est venu quelque peu heurter notre auditoire : « assistés ». Ainsi, un des présupposés de la démarche se trouvait confirmé, on ne peut pas parler en présence des usagers comme on le fait en leur absence. Pour autant, aucun incident ni tollé n'est venu interrompre l'expérience et le dialogue s'est poursuivi avec un agent de caisse qui a su montrer aux usagers qu'il n'avait rien du guichetier obtus et indifférent que l'on imagine trop souvent.

Faire valoir d'autres priorités

Le deuxième exemple concerne les actions du programme elles-mêmes. Nous avons en effet exclu de financer des prothèses (lunettes, prothèses dentaires, etc.) dans le cadre du programme, un tel engagement étant susceptible de mobiliser instantanément la quasi-totalité de nos crédits. Or les usagers ont indiqué immédiatement l'importance stratégique pour eux de cette question, dans la mesure où elle était identifiée comme la difficulté d'accès aux soins la mieux partagée et faisant le plus obstacle à leur dignité ou à leur capacité de trouver un emploi. Leur remarque a donc débouché sur la mise en œuvre d'une action de coopération entre les associations de la Haute-Vienne et le service social de l'Assurance Maladie, conduite dans le cadre d'une politique d'accompagnement individualisé à l'accès aux soins. Concrète-

ment, le service social de l'Assurance Maladie et les principales associations sociales du département se sont fédérés dans un réseau d'accompagnement individualisé aux soins, disposant à la fois des moyens humains permettant d'assister les personnes et de moyens financiers permettant, le cas échéant, d'assurer le bouclage des frais ainsi engagés. Une réflexion est d'ailleurs actuellement en cours pour veiller à la bonne adaptation de ce dispositif aux moyens mis en œuvre dans le cadre de la CMU, et à la situation des personnes dont les revenus sont légèrement supérieurs au seuil arrêté pour bénéficier de cette couverture.

En conclusion, il reste à évoquer quelques enjeux et même quelques limites de la démarche. Sa première limite est son caractère purement expérimental. Une démarche aussi isolée, menée par des professionnels, qui sont aussi des amateurs en matière de participation, ne saurait se rendre véritablement utile que si elle est convertie dans d'autres programmes, et si elle bénéficie des moyens d'une analyse de fond. L'obtention du trophée de la qualité du service public 2005 (dans la catégorie participation) a donné quelques espoirs en ce domaine. Une autre difficulté réside dans l'enjeu d'ancrer cette démarche nécessairement marginale dans un univers aussi lourd et aussi mouvant qu'est celui de la santé publique aujourd'hui. Il convient en effet que ce comité ne perde pas sa route entre les vagues de décentralisation, la « lolfisation » de la gestion des programmes et la multiplication des autres comités. C'est dans la gestion de cette complexité que l'administration peut prouver sa légitimité.

Jean Schweyer

Inspecteur principal de l'Action sanitaire et sociale à la Drass du Limousin.

À Brest, partir du dépistage pour parler santé globale avec les femmes

Aller au-devant des femmes – en particulier celles se trouvant en situation de précarité, exclues des réseaux de prévention – pour leur parler cancer et dépistage. C'est la démarche mise en place par le service santé de la ville de Brest. Trois mille femmes ont, dans les quartiers, participé à ces rencontres d'information visant une approche plus globale de promotion de la santé : prévention des cancers, mais aussi contraception, relations hommes-femmes, isolement, etc.

Depuis 1998, la ville de Brest (150 000 habitants) s'est dotée d'une équipe multidisciplinaire de santé publique avec pour objectif principal d'intervenir prioritairement en direction des personnes et familles en situation de précarité sociale et financière (*cf. encadré page suivante*). Parmi les actions mises en œuvre, des groupes d'expression et d'échange entre citoyens ont été mis en place sur la parentalité, la nutrition, le sport et la santé, le risque suicidaire, les cancers féminins. C'est sur ce dernier programme que nous allons centrer notre propos.

En 2002, alors que le dépistage organisé du cancer du sein se mettait en place dans le Finistère pour les femmes de 50 à 74 ans (dans le cadre du Praps¹), la réflexion de notre équipe multidisciplinaire de santé publique porta plus particulièrement sur le public en précarité que nous savions peu réceptif aux messages de prévention : qu'allait-il en être d'un sujet concernant une maladie potentiellement mortelle et relevant également de l'intime... ?

Les messages de communication grand public ne pouvaient suffire pour mobiliser des femmes qui se font déjà peu examiner dans le cadre d'un suivi médical. Nous avons donc entrepris de prendre en compte chaque parole, expérience, pour entendre les freins liés aux examens puis projeter ensemble la possibilité d'un suivi médical. Il s'agissait d'interpeller autrement que par des recommandations de santé publique, de mettre en place des pratiques différentes. Cette action a été coordonnée

par la chargée de mission « Santé au féminin », titulaire d'un DESS en promotion de la santé et développement social.

Pour réunir les conditions favorables à un échange, nous avons organisé des rencontres avec les femmes – habituées à être uniquement spectatrices des messages de santé afin « qu'elles prennent leur place et deviennent actrices ». Pour savoir où et comment les rencontrer, nous avons mené des entretiens avec les professionnels de terrain² implantés dans les différents quartiers. Objectifs : connaître le fonctionnement de chaque quartier, se conformer aux pratiques des habitantes et non l'inverse. Il est apparu très clairement qu'il fallait rencontrer ces femmes sur leur lieu de vie, dans leur quotidien ; se présenter, discuter, apprendre à se connaître, établir les prémisses d'une relation de confiance, pour donner envie de parler de... cancer. Le plus simple était de rencontrer des groupes déjà constitués.

Mais il nous fallait aussi toucher des femmes isolées – celles qui ne fréquentent pas forcément les structures de quartier –, aller à leur rencontre pour établir ce contact.

Une fois le contact établi, comme la notion de suivi médical primait sur la campagne de dépistage, l'animation portait sur les cancers féminins liés à l'intimité : ceux du sein et du col de l'utérus. Concrètement, dans chaque quartier, des rencontres d'information ont été organisées plusieurs fois, à des créneaux horaires différents afin d'offrir aux femmes une amplitude maximale par rapport à leurs disponibilités.

Prendre en compte les attentes de chacune

L'animation devait donner la possibilité à chaque personne de trouver la place qui lui conviendrait le mieux, en tenant compte des besoins et des attentes de chacune. Pour évoquer le cancer, ce mot presque indicible, le corps et ses

représentations, sans compter les examens et les termes non compris, il fallait qu'une ambiance se crée, pour laquelle gâteaux, thé et café étaient indispensables. Toutes les participantes étaient assises autour d'une table, il n'y avait donc pas de position privilégiée pour l'animatrice³.

Plusieurs outils ont aidé à alimenter la discussion : cassette vidéo⁴, panneaux⁵ confectionnés par le service santé pour cet usage, répondant à des incertitudes des femmes sur l'anatomie et permettant de visualiser les examens de dépistage, brochures⁶.

La discussion – concrète et simple – était construite par le groupe lui-même. L'animatrice modérait les échanges qui malgré la gravité du sujet, renvoient à des expériences difficiles mais aussi à des anecdotes drôles. Ces rencontres d'information duraient en moyenne deux heures. Certaines femmes pouvaient s'exprimer par des manifestations verbales ou non verbales (acquiescements, sourires...). Chaque rencontre regroupait huit à douze personnes.

L'irruption de la prévention

L'évaluation, réalisée par l'animatrice, était basée sur les échanges et les avis des femmes de chaque groupe. Le questionnaire d'évaluation⁷ retraçait le déroulement de la discussion, les outils, la clarté des propos, l'intérêt du sujet. Comme pour la discussion, peu de place aux faux semblants, et, pour connaître le véritable avis des femmes sur la discussion, le questionnaire était récupéré plus tard. Cela permettait de faire émerger leurs ressentiments, au-delà de leur gratitude du moment face à la convivialité partagée.

Il ressort tout particulièrement de cette évaluation que, sur les cancers féminins, les rencontres ont fait émerger une réelle réflexion sur la prévention, le suivi et le recours aux soins. En effet, les diverses difficultés personnelles, familiales, économiques font qu'en matière de santé elles consultent pour leurs enfants, leur conjoint, et généralement très peu pour elles. Le caractère préventif ne va donc pas de soi, l'action a donc pu amener cette prise en compte progressive. Par ailleurs, de nombreux

ses femmes sensibilisées ont été le relais pour certaines de leurs amies, voisines, les incitant à participer. D'autres sont entrées directement dans le dispositif de dépistage mais aussi vers un suivi général.

Mais surtout, peu à peu, nous sommes passés du dépistage à la santé globale : de nouveaux sujets ont émergé dans les discussions (consultation gynécologique, modes de contraception, relations hommes-femmes, violences, alcool, isolement, ménopause...). Le projet s'est alors élargi à « La santé au féminin » en préservant cette démarche de santé communautaire : des rencontres régulières ont été proposées aux femmes, très largement en fonction de leurs besoins et attentes exprimées. Chaque action était alors singulière, dans la problématique et le mode d'échange.

Ce type de démarche qui inclut une composante participative est d'actualité, et fait en théorie l'unanimité ; dans la pratique, il rencontre divers obstacles : pour le professionnel, comment laisser

Des médecins, diététiciennes, travailleurs sociaux « en équipe » pour promouvoir la santé

L'équipe pluridisciplinaire de santé publique de la ville de Brest est composée de deux fédérateurs de projets (un conseiller socioéducatif et une assistante sociale), d'une chargée de mission « santé au féminin », de deux animatrices santé dont l'une traitant des accidents domestiques, de deux diététiciennes et de deux médecins généralistes à mi-temps. Si dans un premier temps les préoccupations portaient sur les freins financiers dans l'accès aux soins, est apparue clairement la nécessité d'aller au-delà et d'intervenir en prenant en compte la réalité quotidienne, les freins culturels et comportementaux dans le rapport avec les personnes en situation de précarité tant pour le recours aux soins que dans l'appropriation des messages de santé publique.

La première tâche a été de mailler le terrain : quotidiennement, l'équipe est allée à la rencontre des travailleurs sociaux, animateurs, associations, centres sociaux, écoles et collèges, parents d'élèves... Objectif : inciter les professionnels, bénévoles et élus à intégrer le fait que la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie ; que chacun peut non seulement être acteur de sa propre santé mais aussi mettre en

place des actions de promotion de la santé. Au niveau de la population, via les enquêtes et réunions publiques, nous avons constaté un réel déficit de compréhension entre les professionnels de santé et la réalité vécue par les personnes, un rapport inégal entre une parole savante souvent considérée comme jugeante ou incomprise, renforçant encore un sentiment de dévalorisation. Les conditions de vie mais aussi les histoires familiales – souvent douloureuses – doivent être prises en compte dans l'élaboration de nos démarches d'éducation et de promotion de la santé pour dépasser ce recours systématique à l'urgence.

Groupes d'expression des citoyens

Dans la mise en œuvre de la démarche, Brest présente l'avantage d'identités de quartiers fortes ainsi qu'un important réseau associatif et socioculturel, autant de relais dans les sept territoires de vie ainsi définis.

L'équipe du service de santé publique, s'appuyant sur ces structures sociales, associatives, socioculturelles et éducatives, a mis en place des actions et constitué des groupes per-

mettant l'expression et l'échange entre les citoyens, tentant de faire coïncider priorités régionales de santé¹ et priorités exprimées par la population dans un projet éducatif territorialisé. En 2005, il s'agit notamment de quarante-deux rencontres d'information avec les parents sur l'alimentation ou les relations parents-enfants, d'une cinquantaine d'ateliers cuisine sur les quartiers auprès d'enfants ou de groupes d'habitants, de l'animation d'un programme « sport santé », de deux formations de « sentinelles » sur le risque suicidaire chez l'adolescent, de trois formations « alimentation petit budget », mais aussi du programme « santé au féminin », auquel est consacré l'article ci-contre, représentatif du travail mené par le service santé de Brest.

Frédéric Loussouarn

Fédérateur de projets et coordinateur du service de santé publique de la ville de Brest.

1. Priorités de santé en Bretagne : prévention des conduites addictives, prévention des souffrances psychiques et des phénomènes suicidaires, prévention du cancer, nutrition, accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, environnement au travail.

de côté le discours magistral, le style conférence pour une écoute réelle, attentive, empathique des habitants et par là-même des réponses à adapter ? Chaque professionnel est-il disposé à modifier sa pratique en conséquence ?

En guise de bilan, et plutôt que de parler de démarche participative, ce mode d'intervention « de proximité » a permis de faire émerger les multiples freins⁸ des femmes face à la prévention et au suivi médical. Au total, de septembre 2002 à décembre 2005, environ six cent cinquante femmes ont participé à une discussion de groupe. Ce travail de proximité a permis de rencontrer deux mille quatre cents femmes lors de la semaine santé « Bien vivre au féminin »⁹ (avril 2005). Des animations (petits déjeuners, films-discussions, ateliers, repas, etc.) ont été proposées dans chaque quartier de la ville pour permettre et favoriser la rencontre de femmes que l'on ne voit pas habituellement. En conclusion, le dépistage strictement médical en face-à-face ou le dépistage de masse, sans une démarche participative amorcée via des rencontres, ne permettent pas forcément d'atteindre les personnes en situation de précarité. De plus, seule cette démarche de proximité permet de poser un diagnostic très affiné.

Virginie Simonou

Chargée de mission Santé au féminin,
Ville de Brest.

1. *Praaps* : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins.
2. *Professionnels et associatifs rencontrés dans les centres sociaux, maisons pour tous (responsables, coordinateurs, agents de développement social de la caisse d'allocation familiale, habitants bénévoles...), associations de quartiers (ex. : Confédération syndicale des familles, Restos du cœur, Secours catholique...)* ainsi que tous les acteurs mettant en place des actions d'insertion sociale.
3. *Animatrice : chargée de mission (voir précédemment)*.
4. *Cassette vidéo : Le temps d'en parler (association Arc en Ciel en faveur du dépistage des cancers féminins qui fait partie du Programme régional de santé sur le cancer dans le Nord-Pas-de-Calais - juillet 1998).*
5. *Quatre panneaux : coupe d'un sein, schéma et coupe de l'appareil génital féminin, schémas sur l'autoexamen des seins.*
6. *Brochures : sur le cancer du sein, sur les cancers féminins, adresses...*
7. *Questionnaire : questions fermées avec cinq réponses possibles et questions semi-ouvertes.*
8. *Freins recensés : freins d'ordre psychologique, liés au nombre de praticiens, liés à la relation médecin/patient, liés au quotidien et aux diverses difficultés, liés aux moyens de communication mis en place, les idées reçues difficiles à combattre.*
9. *Chaque année, le service de santé publique de la Ville de Brest organise une semaine santé pour l'ensemble des Brestois.*

À Bobigny, le droit de regard des habitants sur la politique de santé

La ville de Bobigny, en Seine-Saint-Denis – qui expérimente la démarche participative depuis 1998 – a recueilli les attentes de ses habitants pour élaborer sa politique locale de santé. Questionnaires dans les quartiers, réunions pour identifier les besoins, assises communales réunissant six mille personnes tous les deux ans, l'objectif est d'associer le citoyen à la prise de décision. C'est dans ce contexte qu'un centre polyvalent de santé réunira les services communaux de soins et de prévention. Il sera ouvert au public en 2007.

La démarche participative est cultivée à Bobigny depuis les « premières assises de la ville », qui se sont déroulées en décembre 1998. Depuis, ces assises se tiennent tous les deux ans et réunissent en moyenne de six à huit mille habitants sur les quarante-quatre mille que compte la commune. Les dernières assises se sont tenues en décembre 2004, les prochaines se tiendront à l'automne 2006. La démarche participative est au cœur de cette consultation : avant chaque assise, tous les six mois, des réunions de quartier intitulées « Parlons franchement » sont organisées pour recueillir puis synthétiser les aspirations des habitants. Seconde étape de ce processus de préparation des assises, des forums thématiques sont organisés au cours desquels sont abordées les questions de l'éducation, de la santé, des transports, de l'habitat, etc.

C'est dans ce contexte qu'est née l'idée d'effectuer un diagnostic santé en organisant d'autres réunions avec les habitants, dans le cadre de l'Atelier santé-ville. Cette démarche de diagnostic s'est déroulée de mai à décembre 2004¹ et poursuivait deux objectifs majeurs :
– évaluer les besoins de santé sur la ville et les ressources existantes ;

– mettre en adéquation les attentes des Bobyniens et des professionnels de santé.

Un appel à la participation pour ces réunions de diagnostic a été fait lors de la fête de la ville, via des informations dans le journal municipal hebdomadaire, des affiches et des flyers, annonçant deux premières réunions en soirée pour établir ce diagnostic sur le thème : « La santé se construit tous les jours à Bobigny ». Une quarantaine d'habitants, membres d'associations et professionnels, y ont participé et ont planché sur le choix d'une méthode de travail et sur la construction d'une définition partagée de la santé. En effet, chacun appréhende la santé selon sa place et chacun selon la propre représentation qu'il s'en fait, selon sa culture, sa subjectivité, son histoire de vie... Ces représentations montrent toute la légitimité de chacun de parler santé et de s'occuper de santé, habitants comme professionnels.

Une troisième réunion a permis d'élaborer un questionnaire qui a ensuite été remis à des personnes relais à qui l'on a expliqué la démarche et les objectifs du diagnostic. L'enquête a duré huit semaines : les questionnaires

ont circulé dans les quartiers, avec relance téléphonique et soutien logistique auprès des personnes relais. Un point a été fait à mi-parcours sur l'état d'avancement et les éventuelles difficultés survenues. À l'issue de cette période, une nouvelle rencontre de *debriefing* a eu lieu avec ces habitants, toujours aussi nombreux et motivés, devenus acteurs de santé. Au final, cent cinquante questionnaires ont été remplis. Toujours dans le cadre du diagnostic, l'équipe de l'Atelier santé-ville a recensé les ressources disponibles en matière de santé ainsi que les besoins de santé auprès des professionnels. Six semaines ont été nécessaires pour réaliser une synthèse globale des données du questionnaire et des différentes rencontres, individuelles ou collectives, avec les professionnels. Cette synthèse a été présentée fin 2004 aux habitants lors de deux réunions, l'une pour une validation et éventuelles corrections, l'autre pour, à partir de ce travail, dégager des priorités pour l'élaboration du projet local de santé.

Une fois ce diagnostic établi, un tableau de bord opérationnel a été réalisé avec des objectifs stratégiques et des actions pour « améliorer la santé à Bobigny ». Ce document a été présenté aux habitants lors d'une réunion qui a rassemblé soixante-dix personnes. À cette occasion, six groupes de travail thématiques ont été constitués (accès aux soins, périnatalité, petites

urgences, personnes âgées, actions de prévention, problématique santé des jeunes). Les aspirations les plus fortes des habitants ont concerné l'accueil et l'orientation dans les structures, c'est-à-dire leur accès administratif, financier, linguistique et culturel ainsi qu'une forte attente en matière d'information/formation en santé.

Que retirer de la mise en œuvre de cette démarche participative sur la santé au niveau de la ville ? Ces huit mois d'enquête ont été d'une intensité rare. Ils ont été vécus comme un moment privilégié de partage d'expérience, de confrontation d'idées, de construction d'outils. Les participants – devenant ainsi acteurs – se sont d'autant plus investis qu'ils se sont sentis responsabilisés quant à la réussite ou non de ce diagnostic. Les objectifs de départ, les moyens utilisés, les analyses effectuées ont systématiquement été présentés, partagés, validés par tous avant d'être mis en pratique. Les échanges étaient à la fois en prise directe avec la réalité du terrain et distanciés pour permettre un regard objectif sur cette réalité. C'est cette transparence, tout au long de la démarche, qui a permis une fidélisation de ces citoyens acteurs de santé.

Cette démarche participative, présente à la fois à travers les assises de la ville, le diagnostic santé et les Ateliers santé-ville, a en particulier permis

de faire remonter les attentes très précises des habitants : c'est donc dans ce cadre que la ville va se doter à l'automne 2007¹ d'un centre polyvalent de santé. Il réunira sur un seul lieu l'ensemble des services de santé et de prévention de la commune : centre municipal de santé, pôle gérontologique, PMI, halte éveil, médecines du sport et du travail, pôle ressources prévention, etc.

Enfin, le projet local de santé mis en œuvre à Bobigny s'est fortement inspiré du diagnostic santé établi avec le concours des habitants. Les premières actions de ce projet local de santé ont été l'arrivée d'un espace médico-social ambulancier (dispositif *Homnibus*) sur un quartier de la ville, l'accompagnement à l'installation d'un praticien libéral, la mise en place, en partenariat avec l'Éducation nationale, d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté concernant l'ensemble des établissements scolaires de la ville et la création d'une instance locale de coordination en santé mentale.

Gilles Biet

Responsable du service Prévention Santé,
coordonnateur de l'Atelier santé-ville
de Bobigny.

1. La Ville a sollicité le concours de l'Institut Théophraste-Renaudot pour un accompagnement méthodologique de cette démarche.

Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions tend à garantir l'accès aux droits fondamentaux ; à ce titre, l'accès aux soins des personnes les plus démunies est défini comme un objectif prioritaire de la politique de santé. Cette loi donne aux établissements de santé participant au service public la mission de mettre en place des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), cellules de prise en charge médico-sociale ayant pour vocation de répondre aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Bilan de ce dispositif.

Depuis juillet 1998, les Pass s'élaborent à un rythme très variable d'un établissement à l'autre : de soutenu là où des dispositifs précurseurs existaient à très laborieux encore actuellement quand les appuis institutionnels manquent. En octobre 2002, on dénombrait trois cent soixante-douze Pass dont quatre mobiles.

Cette mise à disposition de moyens hospitaliers donne un accès aux soins ambulatoires en attendant un recours possible au système de droit commun. En nous appuyant sur les pratiques en Rhône-Alpes, nous décrivons les sous-bassements et les axes fondamentaux des Pass. Quel sens prend ce dispositif dans notre système de soins ? Intègre-t-il la notion de démarche participative ?

Du professionnel solitaire à l'équipe médico-sociale

Les personnes en demande de soins sont adressées principalement par des structures extérieures à l'hôpital : travailleurs sociaux des lieux d'hébergement et des organismes sociaux, associations de soutien aux démunis ; elles sont aussi orientées par le service des urgences, les médecins libéraux, le bouche à oreille, etc. Au sein de chaque Pass, le référent principal en lien avec ce public, le plus souvent assistant social, accueille ces personnes, fait un bilan de leur situation et des droits à faire valoir, coordonne la prise en charge hospitalière et les mesures sociales. Il occupe un poste soit consacré

exclusivement à cette activité, soit partagé avec un ou plusieurs services. Il peut être infirmier, éducateur ou conseiller social et familial, alors secondé par un assistant social.

La présence d'un référent médical n'est pas constante. Il assure au moins une partie des consultations médicales qui sont organisées avec et sans rendez-vous, intra ou extra-muros. Il est impliqué dans les réseaux de soins en lien avec la précarité, participe aux projets de l'unité et à la formation du personnel.

Certaines Pass sont dotées de dentistes, de secrétaires ou d'infirmiers. Ces derniers répartissent diversement leur temps entre consultations médicales et présence sur les lieux de vie pour une aide à l'accès aux soins et leur continuité. Constituées en unités pour certaines, les Pass sont rattachées à des services variés (urgences, maladies infectieuses, médecine interne, etc.). Elles peuvent être supervisées par des comités de pilotage spécifiques.

Les bases vitales : accès au médecin, liens intra et extra-muros

Quand, surmontant le sentiment de honte, la demande de soins fait émerger le retard diagnostique souvent associé, elle nécessite un recours rapide à une consultation de médecine générale pour un bilan clinique et paraclinique, ciblé, de qualité.

Pour un fonctionnement efficace, le référent principal doit entretenir des contacts avec les professionnels hospitaliers participant à la délivrance des soins (bureau des entrées, pharmacie, orthogénie, etc.), de façon à lever les obstacles concrets et à réduire les incompréhensions qui entravent également la prise en charge globale et l'accès aux soins.

Il est également à l'origine de liens suivis avec la caisse primaire, le réseau précarité et les structures sociales d'hébergement ; celles-ci sont pourvoyeuses dans la continuité de demandes par les doléances qu'elles recueillent, par leurs propres observations et préoccupations sanitaires.

Une identité propre : un nouvel espace-temps pour se soigner

Une évaluation globale interdisciplinaire du parcours individuel et social va d'abord permettre d'identifier les obstacles aux soins, d'approcher l'autonomie de la personne, de comprendre le stade des troubles. Une réponse appropriée sera ensuite construite avec deux volets complémentaires, le médical et le social. L'adhésion du patient sera obtenue en discutant avec lui les priorités et les modalités des soins. L'accompagnement visera une responsabilisation de la personne. L'aide thérapeutique de l'infirmier sera d'autant plus nécessaire que l'autonomie sera restreinte et les soins complexes ; les points d'ancrage devront être respectés lors du relais des soins.

Une communication de qualité est une condition pour élaborer avec le patient un projet de soins ; elle permet une connaissance précise des conditions de vie, les raisons des réticences aux soins, puis l'émergence d'une confiance. La précarité diminue les ressources mentales de la personne ; l'un des principes de la charte de l'utilisateur en santé mentale (1) a sa place aussi dans cette pratique : « *La participation active de l'utilisateur à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le restituant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.* »

Des conditions pour rester opérant

La dernière étape, celle du relais des soins pour leur continuité auprès d'un médecin généraliste ou d'un autre soignant (en particulier psychiatre, sage-femme), sera une règle annoncée dès le départ. La qualité des transmissions contribuera à la réussite de ce passage. Les personnes les plus désocialisées pourront bénéficier de prises en charge mixtes avec les réseaux de ville ou associatifs. D'autres seront perdues de vue avant terme.

D'après les carences que nous observons régulièrement dans la continuité des soins après hospitalisation, la formation du personnel hospitalier est nécessaire pour un meilleur repérage des situations de précarité, pour un soutien réel des personnes et une coordination efficace du suivi médical en aval. Le recours à la Pass s'impose, par exemple pour les personnes sans Assurance Maladie ; mais il n'est pas forcément justifié pour toutes les situations de précarité ou d'exclusion car, s'il devenait systématique, il compartimenterait dans une unité surchargée des personnes une nouvelle fois rejetées. Dans les établissements, l'existence de formations régulières intéressant la précarité est un indice de la vitalité du dispositif : soit que l'équipe Pass et ses partenaires puissent s'y consacrer, soit qu'un soutien institutionnel ait la volonté de dynamiser l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Et encore...

Notre description n'a pu détailler toute la créativité des professionnels engagés qui, avec de modestes moyens, doivent inventer des nouveaux modes d'accueil, d'organisation, de collabora-

tions, de transmissions, etc., face aux besoins qu'ils deviennent innombrables dans la population. Le dispositif Pass tente, cas après cas, de pallier les dénis de soins prononcés par les dérives du système santé. Ces dénis prennent des aspects polymorphes : le guichetier qui refuse de reconnaître un droit, le médecin qui refoule sans l'étudier une demande au motif que « *c'est social pas médical* », les trous mités dans la couverture maladie qui détricotent la solidarité, l'impuissance de notre système de santé dont l'assujettissement à la cotation des actes le rend incapable d'accompagner correctement toutes les personnes malades ou handicapées ; les premières exclues sont les plus fragilisées socialement ; il se trouve aussi que ce sont elles qui cumulent les facteurs de morbidité et de mortalité (2, 3).

L'exercice interdisciplinaire des Pass – qui ne saurait être, pas plus qu'un autre, à l'abri de dérives – explore une pratique globale non spécifique, plus facilement proche des préceptes hippocratiques. Il permet un authentique projet de soins qui, à défaut de mettre en œuvre toutes les recommandations officielles, a le mérite d'intégrer la dimension sociale des problèmes de santé et d'être élaboré avec les intéressés eux-mêmes. Ce type de pratique est à développer au service des individus pour leur protection et leur dignité.

Quelle implication des intéressés ?

Ce sont les professionnels qui les premiers affirment les valeurs qui guident leurs interventions. Elles ne sont pas forcément partagées par ceux qui en bénéficient. La notion de participation ne s'applique pas *stricto sensu* dans le domaine des soins à la personne. Les professionnels des Pass vont rechercher si possible une implication, en particulier une autonomisation de la personne et constamment une adhésion à

une démarche de soins définie certes ensemble mais où chacun, personne et aidant, garde son individualité.

Dans la démarche participative, un « faire ensemble » édifiant pour la personne doit respecter les distances ; ce qui est possible pour des actions dans le champ éducatif ou social. Mais quand le champ investi est le corps de la personne elle-même et sa santé, les actions proposées sont perçues comme intrusives, d'où souvent une défection des intéressés. Quant à une participation plus institutionnelle des usagers en situation précaire, elle est de l'ordre de l'illusion ; elle n'est possible que si la personne a pu satisfaire les nécessités premières et elle n'est souhaitable que si elle n'aboutit pas à une autre illusion : celle d'obtenir réparation de l'exclusion en étant placée au centre du monde... le temps d'une consultation.

Élisabeth Rivollier

Praticien hospitalier, médecin généraliste,
Service d'urgence et de réanimation,
CHU de Saint-Étienne.

Pour en savoir plus : consulter les actes du colloque du 23 octobre 2002 organisé à Paris par le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, sur le thème « Accueil et soins des personnes démunies dans les établissements de santé », 95 p.

► Références bibliographiques

- (1) Fédération nationale des associations d'(ex)patients en psychiatrie Fnap-Psy, confédération nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés. *Charte de l'utilisateur en santé mentale*. Adresse pour demander le document : « Le bout du tunnel » Association membre de la Fnap-Psy, Centre hospitalier Georges-Mazurelle à La Roche-sur-Yon.
- (2) Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., et al. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte et Syros, coll. Recherches, 2000 : 441 p.
- (3) Moulin J.-J., Dauphinot V., Dupré C. et al. *Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002*. BEH n° 43 ; 2005 : 213-6.

Entretien avec le Dr Pascale Lacroix-Cormier, coordinatrice du réseau social Rue-Hôpital.

« Face à la grande précarité, la participation, gageure ou leurre ? »

À Lyon, depuis cinq ans, un médecin, une infirmière et une assistante sociale interviennent en équipe mobile auprès des sans domicile fixe. En lien avec des éducateurs de rue, des professionnels de santé et des associations, cette équipe tente d'accompagner les SDF vers un accès aux soins. Pour le docteur Pascale Lacroix-Cormier, qui coordonne cette équipe, le mot « participation » prend ici un tout autre sens.

La Santé de l'homme : Comment est née cette équipe mobile ?

Pascale Lacroix-Cormier : Dans le cadre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, une équipe mobile de coordination d'un réseau social Rue-Hôpital a effectivement été mise en place sur Lyon depuis juin 2001. Rattachée à un centre hospitalier PSPH¹ de Lyon, le centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, elle est composée d'une assistante sociale à temps plein, d'une infirmière à temps plein, d'une secrétaire à mi-temps et d'un médecin à 60 %. Le réseau social Rue-Hôpital regroupe six institutions² exerçant leurs missions dans le champ de la grande précarité et s'occupant plus spécifiquement de la population des sans domicile fixe.

S.H. : Quel est votre premier objectif ?

Permettre l'accessibilité de ces personnes en grande et très grande précarité aux soins de droit commun, les ramener vers le système de soin, qui les terrorise et dont ils sont souvent bien éloignés. Nous jouons un rôle de passerelle et de passeur d'information entre les différents institutions, développons la connaissance réciproque des différents intervenants pour favoriser la cohérence de nos interventions. Notre premier souci commun est d'instaurer une prise en charge globale psycho-médico-sociale de la personne même si, sur le terrain, nous ne dispensons pas de soins techniques : nous coordonnons et orientons vers les soins. Il faut aussi souligner ici l'originalité du dispositif

qui tient à trois facteurs : le rattachement de l'équipe à un hôpital général ; le financement des postes sur des budgets pérennes ; la constitution d'un comité de pilotage rattaché à la Ddass.

S.H. : Comment travaillez-vous ?

L'équipe mobile se déplace au plus près de ces personnes, sur leurs lieux de vie : la rue, les centres d'hébergement pérennes ou transitoires, les services hospitaliers. Ce sont nos partenaires – les éducateurs des équipes de rue, les centres d'accueil, les hôpitaux, les associations, etc. – qui nous interpellent et nous signalent les problématiques santé de ces personnes. Pour la première rencontre, nous sommes quasiment toujours accompagnés par le « référent social », éducateur de rue, éducateur spécialisé ou accueillant de structure ou d'association, ce référent servant bien souvent de passerelle entre la personne et notre équipe. Les personnes sont prévenues et, en général, ont accepté notre venue, après un travail d'explication et d'adhésion fait par le référent. Nous tentons alors d'instaurer une prise en charge individuelle et un lien de confiance réciproque qui s'inscrit dans la durée. Cette notion de temps est primordiale afin que la personne puisse exprimer les choses comme elle les ressent.

S.H. : Comment nouer le contact avec ces personnes en grande précarité ?

Lors de la première rencontre, nous leur précisons très rapidement que nous ne sommes pas là pour les adresser à l'hô-

pital, lieu qui leur fait très peur car objet de privation et bien souvent de jugement. Notre premier objectif est de tisser et de maintenir ce lien de confiance réciproque pour pouvoir ensuite instaurer une prise en charge individuelle s'inscrivant dans la durée. Nous assurons donc un accompagnement et un relais avant, pendant et après le soin, mais veillons également à renforcer la fonction de veille et d'alerte dans les différents services d'accueil d'urgences des centres hospitaliers.

S.H. : Peut-on parler de « démarche participative » dans l'adhésion que vous recueillez auprès des SDF ?

Si, par participation, vous entendez adhésion et prise en compte de leurs besoins, bien sûr qu'il y a participation ! Mais, attention : placer la personne au centre de sa prise en charge bouscule les pratiques professionnelles, qu'elles soient sanitaires ou sociales. Accompagner ces personnes, c'est en effet dépasser la compassion grâce à ce lien construit dans une confiance réciproque et savoir remettre les personnes dans leurs choix pour qu'elles en restent les acteurs. Les accompagner, c'est aussi savoir dépasser le clivage, la segmentation, le morcellement en les acceptant comme préambule à la rencontre. Il nous faut sans cesse travailler la « bonne distance » pour ne pas être tenté de combler par un trop-plein d'actions ce que l'on juge trop vite, pour garder intactes nos facultés de penser et d'agir dans l'intérêt de nos patients. Les seuls fils qui tiennent, ce sont le lien et le projet que l'on tente de construire

pour et avec la personne. Faire du lien, c'est, à partir d'une relation individuelle qui cherche à dénouer les nœuds d'une histoire singulière, favoriser la mise en place d'un réseau de partenaires autour de la personne.

S. H. : Comment susciter l'adhésion de la personne ?

Globalement, une fois que nous avons instauré une relation de qualité, de respect et d'écoute avec eux, notre équipe se rend compte qu'ils ne manquent pratiquement aucun des rendez-vous fixés. Ils adhèrent bien souvent parce que le cadre proposé est souple et prend en compte le fait que certains n'ont pas fréquenté l'hôpital depuis vingt ans. De plus, la plupart ont des pathologies en rapport avec leur précarité. Nous leur disons que nous ne travaillons pas dans l'urgence et que nous serons là quoi qu'il arrive. Nous n'imposons rien, sauf en cas d'urgence vitale et ne mettons en place que les projets de soin que les personnes souhaitent ou sont en capacité d'accepter. Une prise en charge globale psychosocio-médico-sociale ne peut être réussie en effet que s'ils en sont acteurs. Nous les questionnons sur leurs besoins lors d'entretiens réguliers mais nous travaillons aussi à précéder l'émergence de ces besoins puisqu'ils ne sont pas forcément en capacité de les formuler. En résumé, une prise en charge sera réussie si elle s'inscrit dans la durée, avec un lien relationnel fort et dans le respect de l'altérité.

S. H. : Et la démarche participative ?

C'est un faux débat et peut-être un leurre ! Le mot participation me gêne car les SDF ne sont pas souvent concernés par cette notion, au-delà de l'adhésion que j'ai décrite ci-dessus. Ils sont le plus souvent dans la survie et subissent trop de violences de leurs pairs et institutionnelles pour entendre cela. Quand ils arrivent dans un service hospitalier il n'est pas rare que leurs choix, leurs normes, leurs paroles aient peu d'importance et que « nous », monde hospitalier, nous donnions le droit de décider pour eux. Cela m'évoque mon ressenti d'ancien médecin urgentiste hospitalier, consultant et prescrivant selon les données de la médecine en sachant que mon ordonnance se retrouverait rapidement dans le caniveau. Sur le plan

médical, rien n'était reprochable mais qu'en était-il sur le plan humain, sur la question de la continuité des soins ?

Face aux violences qu'ils subissent, notre équipe remplit bien souvent le rôle d'accompagnateur. Ainsi, l'infirmière les accompagne physiquement pour leurs consultations médicales et se fait le porte-parole de ces sans-voix. Car ces personnes, à force de ne pas avoir été écoutées et entendues, finalement, se taisent. C'est tellement ancré en eux, le regard des autres, le poids du jugement... D'ailleurs, quand nous les accompagnons dans leurs démarches ou parcours de soins, nous constatons bien souvent ce qu'ils reçoivent : le tutoiement parfois, l'humiliation souvent (quand on leur dit, par exemple, qu'ils sentent mauvais dans une salle d'attente bondée où attendent trente personnes).

S. H. : Qu'est-ce qui ressort le plus fortement de leurs attentes ?

Respecter leur temporalité. Toutes issues du secteur hospitalier, nous avons dû nous « déformer » pour entrer dans leur propre notion du temps : au fil des rencontres régulières, nous tentons de cerner leurs besoins. Il nous faut aussi accepter d'avoir des objectifs de soins très modestes. Au début, nous étions

tentés d'aller vite mais ils ne nous suivaient pas. Il faut aussi savoir accepter les ruptures de temporalité : nous suivons certains de façon régulière – une fois par semaine – pendant trois mois puis ils disparaissent ; et il ne faut pas se leurrer : certains fuient justement au moment où nous les approchons de trop près.

S. H. : Comment se passe le travail en réseau ?

En théorie, travailler en réseau, c'est travailler sur nos spécificités et sur notre complémentarité. La pratique est plus rude, le travail collectif est difficile à cause des querelles de clocher, des luttes d'influence et de territoire. Quand le réseau fonctionne mal, nous manquons d'informations sur les personnes que nous prenons en charge. Quand il fonctionne bien, cela nous permet d'améliorer la cohérence et de coordonner les équipes pour permettre la prise en charge au plus près de la personne. Finalement, travailler en réseau, c'est aussi savoir rester malléable, voire manipulable pour favoriser la prise en charge en s'accordant sur les moyens et les finalités du projet. Nous animons ce réseau et tentons de mettre en place des synthèses autour de la prise en charge de patient et de monter ensemble des

projets novateurs³ au plus près des besoins de cette population. En résumé, le réseau de partenaires est parfois mis à mal mais reste vivant.

S. H. : Votre plus grande satisfaction ?

Nous travaillons sur la relation humaine en essayant de retisser un lien, de renouer les fils d'une histoire singulière. Un exemple : pour chaque personne, nous ouvrons un dossier médico-social confidentiel, propre à notre équipe, où sont inscrites les différentes interventions (entretiens avec la personne, avec les partenaires sanitaires et sociaux, échanges d'informations, etc.). Ce dossier comble un vide important car les SDF ne font pas toujours l'objet d'écrits de la part des organismes socio-éducatifs qui les prennent en charge : ils n'ont donc en quelque sorte pas de traçabilité, comme si, encore une fois, ils ne s'inscrivaient nulle part. Quand au début de la prise en charge nous les informons que nous constituons ce dossier confidentiel, la grande majorité est satisfaite, percevant cela comme une reconnaissance identitaire : leur histoire est enfin écrite et surtout quelqu'un en est le dépositaire.

J'aimerais conclure en insistant sur l'aspect pluridisciplinaire de l'équipe qui permet de voir la personne sous des angles très différents. C'est très intéressant car ils se complètent dans une approche globale. Nous sommes une interface, une passerelle entre le sanitaire et le social, qui relèvent de deux logiques différentes.

Propos recueillis par **Yves Géry**

1. Établissement privé participant au service public hospitalier.

2. Foyer Notre-Dame-des-Sans-Abris, fondation Armée du Salut, Interface SDF, la Veille sociale, Médecins du monde, le centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc.

3. Création d'un lieu d'hygiène en 2004 pour traiter les personnes en incurie (douche, traitement antiparasitaire, traitement contre la gale, etc.).

Contact : Dr Pascale Lacroix-Cormier
Équipe mobile de coordination
Réseau social Rue-Hôpital
Centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc
20, quai Claude-Bernard – 69007 Lyon
placroixcormier@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr

Professionnels/ publics précaires : le choc de la confrontation

À Chambéry, professionnels de santé et personnes en situation de grande précarité se sont retrouvés dans la même formation pour travailler ensemble sur leurs représentations et la façon d'être acteur de santé dans un projet de soins. Deux autres formations associant des diététiciennes et des SDF d'une part, des professionnels de santé et des migrants d'autre part vont prolonger cette expérience de démarche participative. Interview de Bruno De Goër, coordonnateur de la Permanence d'accès aux soins de santé et médecin au centre hospitalier de Chambéry, qui a piloté ce projet.

La Santé de l'homme : Dans quel contexte est née cette idée de formation en plaçant sur un pied d'égalité personnes en situation de précarité et professionnels de santé ?

Bruno De Goër : À Chambéry, il existe depuis 1996 une structure d'accueil pour les personnes en grandes difficultés – essentiellement sans domicile – associant halte de jour, équipe de rue, orientation vers l'hébergement, accès aux soins, le Point Santé. Cet espace, dit « Espace Solidarité », est le point de départ d'un réseau médico-social santé-précarité. Le Point Santé est une structure hospitalière où interviennent infirmières, médecins dont une majorité de libéraux, assistante sociale du CCAS. Quand les Permanences d'accès aux soins (Pass) ont été créées en France, en 1999, la priorité était de pérenniser l'existant ; le Point Santé a donc été rattaché à la Pass. Depuis, il continue de fonctionner. Mais nous avons également développé une Pass « intra muros », dans l'hôpital, d'abord animée par un médecin hospitalier et une assistante sociale, équipe complétée ensuite par une secrétaire puis une infirmière. Nous y accueillons un public en grande précarité au sein du service maladies infectieuses auquel la Pass est rattachée.

Nous avons alors ici un véritable pôle médico-social, avec la Pass mais aussi le travail autour des toxicomanies, le Cidag, la responsabilité des soins aux détenus. Nous travaillons en lien étroit avec d'autres professionnels, formant un véritable réseau : médecins libéraux, structures sociales et équipes de rue, foyers d'accueil d'urgence, cantine savoyarde, etc. Nous soignons et réorientons ces personnes – essentiellement des SDF et des étrangers dont la majorité sont demandeurs d'asile – afin qu'elles puissent bénéficier de soins et intégrer le droit commun.

S. H. : Comment est venue l'idée de cette formation ?

Elle est née au sein de ce réseau santé-précarité : un médecin généraliste souhaitait que professionnels de santé libéraux, hospitaliers et travailleurs sociaux se rencontrent, autour du thème « Exclusion et santé : quel travail en commun ? ». Une journée réunissant plus de cent vingt acteurs a eu lieu en janvier 2003. Claude Ferrand, coordonnateur d'un programme expérimental piloté par ATD Quart Monde misant sur la démarche participative et une personne ayant l'expérience de la misère sont intervenus sur le croisement des savoirs : d'un

côté, le savoir universitaire, reconnu et organisé, de l'autre, le savoir des personnes en grande précarité, méconnu. Ces interventions ont convaincu qu'il y avait matière à avancer. Nous avons donc mis en place une coformation dans le domaine de la santé. Il s'agissait de former les professionnels avec l'apport des connaissances des personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté. De faire émerger ce savoir de vie qu'ont les personnes en situation de précarité, indispensable, complémentaire et de même valeur que les savoirs dits « professionnels » (universitaire et d'action). Que chacun puisse s'exprimer, qu'il y ait une liberté de parole totale dans le respect de l'autre. L'enjeu était aussi de former les personnes en difficultés pour améliorer leur accès à la santé. Nous avons eu recours à la méthodologie issue du programme Quart-Monde Partenaire¹. Tous les participants étant formateurs et formés, ils ont reçu une attestation de l'organisme de formation. Il fallait aussi indemniser les libéraux et les personnes issues de la grande pauvreté².

S. H. : Quel était le contenu de cette formation et comment s'est-elle déroulée ?

Il fallait trouver des personnes en grande précarité qui soient partantes, ATD Quart Monde et le Secours catholique s'en sont chargés : huit personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté venant de l'extérieur de Chambéry, respectant ainsi la demande des personnes en précarité qui, pour garder toute liberté d'expression, ne peuvent pas se retrouver face aux professionnels qui pourraient les prendre en charge. Ils ont été rejoints par quatorze professionnels de santé (hospitaliers et libéraux : médecins, infirmières, dentiste, orthophoniste, pharmacien) et cinq travailleurs sociaux. Ces personnes très différentes se sont formées ensemble pendant trois jours, en mars et mai 2005. Avec divers outils, dont le photolangage, nous avons travaillé sur les représentations des uns et des autres : de la santé, de l'exclusion, comment chacun imagine les rôles des professionnels et des personnes en grande précarité dans un projet de santé. C'est ce travail fondamental de confrontation qui permet de mieux comprendre l'autre. Dans un second temps, tous les vingt-sept participants ont rédigé un

« récit d'expérience » avec des interactions entre personnes en précarité et professionnels. Des récits sur la base desquels les acteurs s'expriment à égalité. Nous avons ainsi travaillé sur les différentes logiques prévalant entre personnes/professionnels et institutions, la nature des relations et enfin la notion de participation : comment être acteur ensemble dans un projet de santé ?

Lors de la troisième journée, les participants – personnes issues de la misère et professionnels – ont « restitué » aux institutionnels – hôpital, Ddass, financeurs, etc. – ce qui avait été dit pendant les deux journées précédentes. Cette forme d'évaluation-bilan était travaillée par tous, y compris par les personnes en grande précarité. Il en ressort notamment, le contraste entre la qualité des soins techniques dispensés à l'hôpital et un sentiment de manque d'humanité, très mal vécu par les personnes en situation de grande précarité (par exemple, être laissé sans explications sur un brancard ou ne pas pouvoir téléphoner pour prévenir la famille). Ce type d'abandon est vécu par les personnes en précarité comme un refus de considérer qu'elles sont « quelqu'un ».

S. H. : Cette formation a-t-elle modifié les représentations et les pratiques ?

Les retours sont extrêmement positifs. La formation a permis de confronter les représentations des uns et des autres, parfois très divergentes, tout comme l'analyse des événements. Ces visions différentes ont été exprimées, c'est ce croisement des savoirs qui fait évoluer les représentations. Schématiquement, les personnes en grande précarité ressortent revigorées, restaurées dans leur dignité. L'une d'elles ne se sépare jamais de son attestation de formation tellement elle en est fière ! Toutes ont exprimé le sentiment fort non seulement d'avoir été reconnues comme des personnes qui ont des choses à dire mais aussi d'avoir été entendues. Elles en retirent une meilleure confiance en elles face aux intervenants santé.

Quant aux professionnels, ils disent mieux comprendre les réactions des personnes en difficultés ; certains disent avoir modifié leurs pratiques, pas seulement d'ailleurs avec les patients en situation de précarité. L'un des méde-

cins est beaucoup plus délicat dans certains gestes techniques, comme la pose d'une sonde urinaire.

S. H. : Comment comptez-vous poursuivre ce travail ?

Tout d'abord, nous tentons de réunir les moyens financiers pour rassembler les vingt-sept personnes formées pour une quatrième journée sous forme de bilan et perspectives : identifier ce qui a pu être mis en œuvre dans les pratiques, ce qui bloque, et pourquoi. Par ailleurs, nous travaillons, avec des associations et des institutions, à la mise en place de cette démarche participative dans d'autres formations. Deux projets sont en cours :

- une journée réunissant diététiciennes et sans domicile à partir d'expériences pilotes mises en œuvre à Chambéry, Annecy et Villefontaine. Cette formation entre dans la dynamique du Programme national nutrition santé (PNNS) et devrait avoir lieu courant 2006. Thème traité : comment l'alimentation s'inscrit dans la journée type d'une personne de la rue ? ;
- une formation réunissant des migrants, des intervenants et des professionnels sur la prévention et la prise en charge du sida et des hépatites, qui doit également se dérouler en 2006, à Chambéry. Elle réunira une vingtaine de professionnels et cinq à dix migrants. Là encore, l'objectif est d'associer les migrants eux-mêmes pour amener leurs propres savoirs. Cette formation se monte en réseau avec les professionnels et les associations parmi lesquelles Migrations-santé Rhône-Alpes.

Propos recueillis par **Yves Géry**

Pour en savoir plus : Les travaux du réseau santé précarité du bassin de Chambéry sont publiés dans le bulletin d'information « Résonance santé ». L'édition de septembre 2005 présente les formations associant professionnels et personnes en situation de précarité, et publie des témoignages de participantes ayant l'expérience de la grande pauvreté. Pour s'en procurer un exemplaire, adresser une demande par courriel à revih-sts@laposte.net

1. *Groupe de recherche action-formation Quart - Monde Partenaire*. Le croisement des pratiques. Quand le quart-monde et les professionnels se forment ensemble. Paris : Éditions Quart-Monde, 2002 : 228 p.

2. *Financement : État et Assurance Maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire)*.

Accompagner les sans domicile fixe dans un projet global de santé

À Denain dans le Nord, une bénévoles « relais », anciennement sans domicile fixe, accompagne les SDF vers un parcours de soins et d'accès aux droits fondamentaux. Elle est épaulée par un réseau de professionnels et d'organismes couvrant l'ensemble de la prévention et des soins. Plusieurs dizaines de sans domicile ont ainsi pu renouer avec les soins puis, petit à petit, s'engager sur le chemin de la « réinsertion » en commençant par intégrer un hébergement. Les SDF ont eux-mêmes participé à la mise en œuvre de cette action.

Le Point d'Eau est une association née d'une recherche en santé communautaire effectuée par un cadre infirmier du centre hospitalier de Denain, qui soulignait l'absence d'un lieu d'accueil pour des personnes en situation d'extrême précarité qui trouvaient refuge dans le hall de l'hôpital notamment pendant l'hiver. En 2001, pour pallier ce manque, l'hôpital a mis à leur disposition un local. Ainsi est né Point d'Eau qui propose aux SDF un petit déjeuner, un vestiaire, la possibilité de prendre une douche et de faire laver son linge. L'hôpital assure l'intendance et fournit les denrées alimentaires. Des bénévoles accueillent les personnes.

En 2002, nous avons appris l'existence de Point d'Eau et sommes allés à la rencontre des personnes accueillies et des bénévoles. Nous avons constaté que si les premières nécessités – manger, se laver, se reposer au chaud – étaient assurées, il n'y avait pas de réponse aux situations d'exclusion « sans logement, sans droit, sans emploi et... sans santé ».

D'où l'idée, en partenariat avec les bénévoles et les bénéficiaires de Point d'Eau, de mener une action santé et de constituer un réseau regroupant l'ensemble des professionnels de santé et de l'insertion (praticiens hospitaliers, agents de la CPAM, référent RMI, responsable de foyer d'accueil, chargé d'insertion des missions locales, etc.).

Une représentation particulière de la santé

Les personnes sans domicile fixe ont une représentation de la santé globale particulière : ils occultent les questions de santé parce que la santé n'est pas une de leurs préoccupations et qu'ils ne veulent pas porter de regard sur eux-mêmes. Lorsqu'ils les évoquent, leur approche est transversale et les questions qu'ils se posent concernent toutes les dimensions (logement, travail, famille, etc.), servant parfois de révélateur de dysfonctionnements ou de traducteur des attitudes que les professionnels n'identifient pas. Ainsi, leur participation a contribué à modifier les modes de pensée, voire à aider les professionnels à prendre du recul et à modifier leurs comportements.

Pour exemple, une personne qui souhaite obtenir certains droits (carte vitale, RMI, etc.) doit justifier d'une domiciliation. Bien souvent, l'obstacle administratif est insurmontable et les personnes abandonnent les démarches. Impliquer les partenaires administratifs, placer ces derniers en relation directe avec les personnes en difficulté permettent une compréhension mutuelle et de trouver des solutions adaptées, comme modifier les pratiques : aller vers et faire avec, plutôt que de recevoir derrière un guichet...

Nous avons également pu constater un changement de posture des bénévoles qui, d'une attitude bienveillante

mais distante, sont passés à une attitude de proximité et de soutien générant une relation de confiance.

Passer de l'accueil à la prise en charge globale

L'investissement des personnes sans domicile fixe dans l'élaboration du projet d'accès aux soins a été progressif, passant par des étapes de réassurance par rapport à la place qu'ils occupent dans le groupe, à la légitimité de leur parole et à leur capacité à intervenir activement dans des champs touchant à l'organisation des soins, habituellement confiés aux experts. Ceci peut s'expliquer par leur histoire, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, par les représentations qu'ils ont du « pouvoir » des acteurs du soin, par une crainte de n'être là qu'au titre d'alibi, voire d'être un objet d'instrumentalisation et/ou par une sous-estimation de ce qu'ils peuvent apporter.

Il y a eu nécessité de changer nos pratiques : abandon du vouvoiement, s'asseoir à côté pour « s'approprier mutuellement » et, enfin, pouvoir parler « santé » puis envisager, ensemble, un projet.

Dans ce projet, les SDF ont tout d'abord participé, avec les bénévoles, à l'élaboration d'un questionnaire santé les concernant : ils ont pu s'exprimer sur leur difficultés d'accès aux soins, dédramatiser, échanger sur leur rapport aux corps, l'estime de soi, et réfléchir à une démarche de santé à partir de leurs problèmes et de leurs besoins. Ils ont

ensuite débattu des résultats de l'enquête, apporté des compléments. Enfin, ils ont été associés à la réflexion sur les mesures concrètes à mettre en œuvre, dont principalement le « parcours santé » avec le centre d'examen de santé de la Sécurité sociale, qui dispose d'un plateau technique et propose un bilan gratuit.

C'est collectivement que les personnes ont effectué leur bilan, ont pris conscience des nécessités de se soigner et ont engagé des démarches de soins, accompagnées tout au long de leur parcours par les membres du réseau. Ce réseau s'est enrichi au fur et à mesure de l'avancée de l'action et des besoins des personnes (santé, logement, formation, emploi).

Au-delà de la prise en charge médicale, après ce temps « d'appriovissement », de création de liens, un travail sur l'estime de soi a été initié associant bénévoles et professionnels au profit des SDF. C'est le second volet de ce projet d'accès aux droits et aux soins. Là encore, la notion de participation a été prise en compte. Ainsi, par exemple, ce sont les SDF qui ont demandé l'organisation d'un parcours nommé « Forme, Image, Santé » associant sport, esthétique, coiffure, diététique, lequel a eu lieu en 2004. D'autres actions autour de l'estime de soi et de

la valorisation des personnes ont été réalisées en collaboration avec les bénévoles et les bénéficiaires et accompagnées par le service social.

Une personne « relais » vers les soins

Cette action se poursuit. Une femme, ancienne SDF disposant désormais d'un hébergement et ayant bénéficié de ce dispositif, a en effet souhaité relayer l'action auprès d'autres SDF accueillis au Point d'Eau. Elle leur raconte son parcours, leur propose de passer un bilan de santé en leur expliquant l'intérêt. Elle les accompagne au centre, reste avec eux et les aide à obtenir des rendez-vous de prise en charge médicale avec les spécialistes. Pour elle, cette action d'apprentissage a permis le développement de compétences et lui a donné l'envie de partager son expérience, d'aider d'autres personnes à prendre soins d'elles, de montrer que, même exclu de la société, on peut y revenir parce qu'un jour on croise quelqu'un qui y croit, qui redonne confiance pour reprendre une place.

Se regarder à nouveau dans le miroir

La participation des personnes sans domicile fixe a déplacé les débats habituels et ouvert de nouveaux espaces

d'actions possibles. Il y a cependant constamment nécessité d'aller vers elles, de prendre en compte leurs soucis d'organisation, leur trop grand isolement, de changer de langage, de les mobiliser pour garantir leur participation. Mais il y a aussi nécessité de modifier notre système de prise en charge, trop cloisonné et pas assez réactif.

Cette action a permis à plusieurs dizaines de personnes sans domicile fixe de renouer avec les soins, puis pour certains d'intégrer un foyer logement, ou pour d'autres de s'installer avec un conjoint... Au final, nous avons constaté à quel point le regard que les SDF portent sur eux et leur santé change une fois qu'ils ont pris soin d'eux. Une certitude : tous ceux qui sont passés par ce parcours santé redécouvrent une envie de vivre autrement, d'être mieux physiquement, de prendre soin d'eux-mêmes. Renaît alors un espoir, celui d'une autre vie possible.

Fabienne Rigaut

Chargée de mission,

Philippe Saunier

Cadre,

Magalie Joly

Assistante,

Service social Cram Nord-Picardie,

Villeneuve d'Ascq.

Trois régions françaises expérimentent la participation via les médiateurs

En régions Ile-de-France, Paca et Guyane, depuis 2000, des médiateurs de santé publique ont été formés pour permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins et à la prévention. Premier bilan de ce programme expérimental : ces médiateurs peuvent effectivement remplir ce rôle, à condition d'avoir un statut reconnu et valorisé par un diplôme spécifique.

Le programme de médiation en santé publique pour l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de vulnérabilité est un dispositif expérimental initié en juin 2000, en partenariat entre l'équipe de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Imea)¹, la direction générale de la Santé et la Délégation interministérielle à la Ville (Div).

L'implantation géographique du programme s'est étendue sur trois régions, en Ile-de-France, en région Paca avec les deux sites de Marseille et de Nice, et en région de Guyane sur trois sites, Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Le choix des régions s'est appuyé sur des critères épidémiologiques du VIH/sida et d'autres indicateurs de santé mettant en exergue des difficultés récurrentes en matière d'accès à la prévention et aux soins parmi les publics en situation de précarité sociale.

Le programme de médiation en santé publique a été mis en place de juin 2000 à décembre 2005 dans le cadre d'une phase pilote et démonstrative. L'objectif était de montrer la faisabilité et l'opportunité de l'intervention de médiateurs de santé en complémentarité avec des professionnels de santé pour réduire les carences dans les domaines de la prévention et de l'accès aux soins.

Cent soixante-dix-huit médiateurs issus des associations

Les principales associations d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité sociale de toutes ces régions ont été associées dès le début du programme à travers la parti-

cipation de cent soixante-dix-huit médiateurs dont une majorité étaient issus de ces associations. Neuf promotions de médiateurs ont été formées et suivies de novembre 2000 à décembre 2005. En outre, les institutions telles que la Délégation interministérielle à la ville et les Ateliers santé-ville, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction générale de l'Action sociale et ses représentations régionales, les Drass et les Ddass, le ministère de l'Outre-Mer, les conseils régionaux et généraux se sont également impliqués dans ce programme de médiation en santé publique soit à titre financier, soit dans le cadre de comités de pilotage régionaux mis en place à cet effet.

L'analyse de la situation dans chaque région pilote et le partage de réflexion avec les acteurs locaux ont amené à deux constats communs :

– le premier est relatif à l'existence d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention qui sont l'expression, dans le domaine de la santé, d'inégalités sociales. En effet, ce sont paradoxalement les personnes en situation de vulnérabilité

qui ne bénéficient pas d'un accès régulier à la prévention et aux soins alors qu'elles sont généralement plus exposées aux risques. En témoignent les récentes analyses de l'InVS publiées dans le dernier BEH 2004² à propos de l'épidémie de VIH/sida qui reste un révélateur particulièrement pertinent. Il s'agit de publics pour lesquels l'accès à la prévention et aux soins est doublement limité, tant à cause de la complexité de l'itinéraire social que, pour certains, des carences en matière de dépistage du VIH et de l'apparition de pathologies invalidantes tardivement découvertes ;

– le second constat renvoie à la posture des acteurs œuvrant dans le domaine du soin et de la prévention : ces derniers ne parviennent pas toujours, malgré de réelles préoccupations de santé publique, à être en proximité avec ces publics qui, de par leur situation, sont à la marge du système sanitaire et social.

L'existence sur le territoire national d'un grand nombre de structures d'offre de soins ainsi que d'une protection sociale et de lois qui garantissent à tous – en théorie – l'accès à ces structures n'implique pas, loin s'en faut, que les personnes aient un recours effectif à cette offre. Au décalage existant entre le droit et les pratiques, qui se traduit par des processus de discrimination³, s'ajoutent des interactions complexes entre publics « désaffiliés » et institutions. Ainsi, il paraît difficile de faire de la santé et/ou de la prévention une priorité lorsque les conditions d'existence concrètes et quotidiennes sont particulièrement difficiles et relèvent d'une urgence immédiate, au premier rang desquelles le logement.

Des médiateurs formés

Face à cette situation, deux types de constats et de propositions ont émergé à partir desquels s'est décliné le programme :

– la validation de la pertinence de la participation des usagers au système sanitaire et social ;

– le fait de prendre acte des limites et des failles d'une stratégie reposant sur la participation de « relais » bénévoles, souvent peu formés et ne disposant ni de légitimité, ni de reconnaissance. Or, les évolutions attendues du système de santé requièrent non seulement une adaptation aux contextes des messages préventifs et curatifs, mais également une interface assurée par des personnes qui connaissent bien les publics et leurs modes de vie, capables de les approcher et également de les rapprocher du système de santé.

Les médiateurs, acteurs de proximité, issus ou proches des publics en situation de vulnérabilité, ont tous bénéficié d'une formation s'appuyant, d'une part, sur un corpus de savoirs scientifiquement validés concernant les enjeux de santé publique (pathologies les plus fréquentes, leur prévention et leur prise en charge, observance des traitements, connaissance des dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun) et, d'autre part, sur des savoir-être en matière de relation d'aide, d'accompagnement psychosocial et de médiation.

Contourner les obstacles administratifs et sociaux

Grâce à l'acquisition de ces connaissances et de ces compétences, les médiateurs ont initié des projets d'intervention auprès de leurs publics cibles. Ils interviennent en amont auprès de ces publics qu'ils sont censés connaître, grâce à des actions de sensibilisation, d'information, de promotion des dispositifs sanitaires et sociaux existants, toujours en donnant du sens tant en ce qui concerne la démarche d'accès aux soins que celle de la dynamique de la prévention primaire et secondaire. En aval, dès lors que les publics s'inscrivent dans une démarche relevant du social et de la santé, ils veillent à la continuité des soins en appréhendant les risques de ruptures dont l'origine est le plus souvent liée à des obstacles administratifs et sociaux.

En outre, les médiateurs de santé formés dans le cadre de cette expérience se sont associés – au moins dans deux sites, à Marseille et à Cayenne – aux rencontres des Ateliers santé-ville auxquelles ils ont apporté leurs observations de proximité, au moment des diagnostics des situations et de l'identification des besoins et des attentes des habitants. Au-delà de leurs observations de terrain, leur participation a contribué également à mobiliser les habitants afin qu'ils participent à cette dynamique locale qui consiste à permettre à des habitants d'un même territoire de définir, avec les professionnels sanitaires et sociaux, leurs besoins et leurs priorités en matière de santé.

Prendre en compte les déterminants de vulnérabilité

De ce fait, les modalités d'intervention des médiateurs de santé s'articulent autour d'une approche globale prenant en compte les différents déterminants de la vulnérabilité, la dimension préventive, la dimension de l'accès aux soins, aux droits et la dimension participative des personnes auprès desquelles ils interviennent.

Après cinq années de mise en œuvre de la démarche, certes inégale selon les sites, l'expérience a montré qu'il s'agit de reconnaître la médiation en santé publique, forme d'intervention professionnalisée exercée par des personnes issues du milieu associatif. L'expérience de vie et/ou professionnelle antérieure avec un public en situation de vulnérabilité a sensibilisé ces médiateurs notamment aux répercussions sur l'état de santé et sur la prévention.

Se pose désormais la question de la reconnaissance à travers un statut. Cette reconnaissance passe par la définition des *référentiels* de la fonction ; elle permettrait de pérenniser l'offre de médiation en santé ainsi que ses modalités de recours, tant du côté des publics que des professionnels.

L'évaluation d'impact que la direction générale de la Santé a mise en œuvre depuis septembre 2005 illustrera certainement les multiples enjeux que soulèvent ces questions. L'intervention des médiateurs en santé publique doit être légitimée par une professionnalisation et une reconnaissance de la fonction : un diplôme d'État, une clarifica-

tion des modalités d'utilisation de la médiation, une insertion des médiateurs de santé dans les circuits de soins et de prévention.

Cette expérience ouvre une perspective effective pour l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables, en particulier pour les populations ayant une prévalence élevée du VIH. Elle a pour autre effet une mutualisation des efforts dans la lutte contre le sida. Elle confirme également la pertinence de la participation des usagers dans le système de soins, à condition que les médiateurs acquièrent une reconnaissance statutaire, afin de permettre à la fonction de médiation en santé de se développer là où elle s'avère nécessaire. Au-delà de cet enjeu de professionnalisation et de reconnaissance statutaire, cette démarche expérimentale inédite ouvre une réflexion de fond sur l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge de la santé des personnes en situation de vulnérabilité.

Kémal Cherabi

Médecin de santé publique,
Institut de médecine
et d'épidémiologie appliquée (Imea),
Faculté de médecine Xavier-Bichat, Paris.

1. L'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Fondation internationale Léon-Mba) assume des missions de recherche, d'enseignement et d'expertise au bénéfice de la santé publique dans les pays en développement (Afrique, Asie, Amérique du Sud) et en France. Ces recherches recouvrent l'ensemble des maladies infectieuses présentes en milieu tropical, en particulier le paludisme, les hépatites, la tuberculose, les IST et les pathologies liées au VIH/sida.

La formation et le soutien de professionnels de santé et de chercheurs travaillant dans les pays en développement revêtent eux aussi une importance particulière au sein de l'Imea. L'Institut met à disposition des équipes pluridisciplinaires d'évaluation des différents champs de la lutte contre le VIH/sida et autres programmes de santé.

*2. * On observe, parmi les étrangers, comme parmi tous les patients contaminés par voie hétérosexuelle, un dépistage plus tardif que dans les autres groupes de transmission, homosexuels et usagers de drogues injectables : parmi les cas de sida déclarés en 2002, on observe que pour 63 % des cas liés à une contamination par voie hétérosexuelle, la séropositivité n'avait pas été diagnostiquée antérieurement (versus 47 % chez les personnes contaminées par voie homosexuelle, 16 % chez les personnes contaminées par usage de drogues injectables). Le pourcentage de personnes non dépistées est très différent selon la nationalité (44 % chez les personnes de nationalité française et 67 % chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne). **

3. Fassin D., Ferré N., Cardé E., Musso S. Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins. Rapport du Cresp, Bobigny, décembre 2001.

Marseille : regard anthropologique sur le recours à **une médiatrice de santé publique**

Fatima Ayouba, médiatrice de santé, et Sandrine Musso, anthropologue, relatent ici une expérience marseillaise inscrite à la fois dans des structures d'offres de prévention et de soins, et dans l'accompagnement de familles « hors les murs ». Mais participer revient trop souvent, selon elles, à ne se préoccuper que de la façon dont les publics en situation de précarité peuvent « mieux entendre » les messages, au détriment de ce qu'ils auraient à dire.

L'objectif de cet article est de poser quelques questions à partir d'une brève description des pratiques et du recours par les professionnels de santé à une « médiatrice de santé publique ». Fatima Ayouba, coauteur de l'article, est une femme, mariée et mère de famille, d'origine comorienne, vivant depuis vingt-trois ans en France, et depuis dix-sept ans sur le site sur lequel elle travaille aujourd'hui¹. Nous allons d'abord rendre compte de sa trajectoire depuis l'entrée en formation de « médiation en santé publique »² et de quelques exemples d'interventions au sein desquelles elle a été impliquée afin de « mobiliser » les publics ou les « faire participer ».

Bénéfice de l'insertion au sein d'une formation de « médiation en santé publique »

Alors que Fatima Ayouba intervenait comme traductrice auprès d'une conseillère en économie sociale et familiale au sein d'une association luttant contre le logement indigne et insalubre, l'opportunité se présente d'intégrer une formation de médiation en santé publique en mai 2002. Cette formation, qui s'est déroulée sur huit mois, a été l'occasion d'acquérir des connaissances sur les enjeux locaux de santé publique et de créer des liens avec les réseaux de professionnels des domaines sanitaires et sociaux, ainsi que celui des autres médiateurs.

Le postulat des promoteurs de ce programme est que l'intervention professionnalisée d'acteurs, eux-mêmes issus de « milieux » où sont vécues des

situations de vulnérabilité sociale, permettrait d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des publics précaires³. D'abord en fournissant une information portée par un acteur de proximité, et donc bénéficiant d'une confiance que n'ont pas forcément les professionnels et/ou leurs institutions d'appartenance. Ensuite, en permettant, via le recueil de la « parole » des publics et la connaissance de leurs conditions concrètes d'existence, une évolution des représentations des professionnels. Ces représentations, et non pas seulement les « comportements » des publics précaires, expliquent, en partie, les difficultés voire l'exclusion de l'information et des soins de certains publics.

Le travail de « diagnostic » et la « participation »

Le fil conducteur de la méthodologie délivrée en formation des médiateurs, doit permettre au projet de santé – de sa construction à sa mise en place – une « participation des publics » auquel il s'adresse. Dans le cas de figure évoqué ici, ces personnes sont en majorité résidentes d'une copropriété privée dégradée des « quartiers nord » de la ville de Marseille. Le projet est mis en œuvre par l'association Initiatives citoyennes pour l'insertion au sein de laquelle travaille Fatima Ayouba. Cette cité, depuis plus de quinze ans en « plan de sauvegarde » sans que le cadre de vie évolue pour autant, est en majorité habitée par des personnes issues des migrations comoriennes et mahoraises. Les taux de chômage, de personnes bénéficiaires des minima sociaux et de familles

monoparentales y sont élevés. Le « public » se caractérise d'abord par le fait d'affronter des conditions sociales d'existence marquées par la précarité.

Deux médecins généralistes pour six mille habitants

La réalisation d'un « diagnostic »⁴ des difficultés d'interactions entre professionnels socio-sanitaires et habitants du lieu où l'action s'inscrit, a permis de dresser plusieurs constats.

Première difficulté énoncée par les personnes résidentes : la démographie médicale. Les territoires de la relégation connaissent aussi une « désertification » des structures et des professionnels de santé. Pour six mille habitants, deux médecins généralistes sont présents sur le site : les conditions d'obtention d'une consultation sont difficiles, certaines personnes pouvant attendre toute une journée « chez le médecin », c'est-à-dire en faisant la queue dans le couloir d'un immeuble. Cela a pour conséquence un recours à l'hôpital jugé « déviant » par les professionnels, faisant parfois état d'explications comportementales, alors même que les logiques de recours des personnes sont parfaitement compréhensibles si l'on prend en compte cet élément de démographie médicale.

S'agissant des problèmes de santé, un certain nombre d'entre eux est lié à l'insalubrité du logement. Logement auquel est attribué, dans les discours des résidents et des professionnels, un impact qui concerne non seulement la santé mentale (troubles du comporte-

ments, etc.), la santé physique (affections respiratoires, dermatologiques, allergies, teigne), mais aussi les risques sociaux singuliers (impact de la sur-occupation sur l'échec scolaire, « traîner dehors » par exemple).

Ensuite, des questions d'obstacles linguistiques sont évoquées par les professionnels comme par les usagers. Pour ces derniers, l'écart n'est pas seulement linguistique et culturel, mais aussi et peut-être surtout social : la dissymétrie de statut vis-à-vis des professionnels de santé engendre des difficultés à poser des questions lorsque les recommandations ne sont pas comprises. En retour, il arrive que les professionnels fassent état d'une « mauvaise observance » ou d'un mauvais suivi de leurs recommandations.

La notion de « participation » ayant servi de fil conducteur au diagnostic repose sur deux éléments. Le premier est l'implication d'une personne elle-même résidente de la cité, disposant d'importants réseaux sociaux et d'une connaissance, à travers la réalisation de ce travail, des professionnels. Le second est que la « participation » du « public » est limitée, dans ce cadre, au recueil de ses « paroles ».

Les actions menées

À l'issue de ce travail, deux volets d'actions ont été mis en place. Le premier, à partir d'une permanence assurée à la PMI, recouvre des pratiques variées qui vont d'une aide de traduction linguistique pendant les consultations au recueil de la parole des mères de famille quand elles n'osent pas poser de questions au médecin. Parfois, les recommandations médicales entrent en contradiction avec les contraintes d'existence (par exemple, ouvrir les fenêtres pour faire entrer l'air quand la facture de chauffage est extrêmement lourde à payer). Elles peuvent aussi exposer au non-respect d'autres conventions sociales, comme c'est le cas pour les conseils nutritionnels. À partir de prises de contact à la PMI, des accompagnements auprès d'autres structures d'offres de soins sont également initiés.

Le second volet des activités concerne la participation à des visites à domicile avec une équipe de pédo-psychiatrie du site. Le responsable de

l'équipe, face aux difficultés rencontrées dans l'adhésion à la prise en charge d'enfants d'origine comorienne présentant un syndrome autistique, a souhaité la participation d'une médiatrice partageant la langue et l'origine des parents. L'instauration de ces visites a eu un impact important sur la prise en charge, permettant aux parents une meilleure compréhension des options thérapeutiques offertes par le médecin et la négociation de celles-ci. Du fait de la mise en récit de la manière dont l'étiologie des symptômes est perçue et vécue dans l'espace familial, l'échange entre l'équipe et les familles⁵ s'est amélioré.

Un exemple de programme de dépistage

D'autres interventions concernent des moments d'informations collectives en direction des personnes résidant dans le quartier. À titre d'exemple, la médiatrice de santé a été contactée dans

le cadre d'une campagne de prévention pour le dépistage du cancer de l'utérus. La structure financée pour réaliser cette action a émis le souhait que des relais de proximité s'impliquent pour « mobiliser le public ».

Le travail réalisé pour que les habitantes du quartier se rendent à la séance d'information est allé bien au-delà de la diffusion de l'information à un « réseau de proximité ». D'abord, la médiatrice a insisté sur les données épidémiologiques de la maladie, en soulignant que « sans savoir on peut en mourir alors qu'en allant se faire dépister on évite la mort ». Le problème a été présenté comme important, pour contrer le premier argument du désintérêt car « la santé, ça intéresse moins que les problèmes de chômage ou d'habitat ». Ces données ont été placées dans un contexte de contraintes quotidiennes que la médiatrice partage avec les femmes qu'elle informait (« les femmes ne

s'occupent pas assez de leur santé, à cause de toutes les difficultés alors que c'est important ». La gratuité du dépistage a été invoquée, ainsi que la proximité de la réunion ayant lieu dans le quartier, et les possibilités d'accompagnement par la médiatrice. Enfin, le fait qu'elle garantisse sa présence a rassuré ses interlocutrices sur la possibilité de traduction ou d'explication des discours des professionnels, en soulignant notamment que « les questions pourront être posées sans crainte et que les professionnels seront là pour répondre à toutes les questions, il n'y a pas de gêne à avoir ». Plus d'une quarantaine de femmes se sont rendues à cette réunion, alors qu'une première convocation par courrier avait donné lieu à un échec patent.

On le voit, le travail de relais ou de mobilisation ne se limite pas à faire circuler une information. Cette dernière est restituée par une personne « de confiance » d'une manière appréhendable par les femmes, en insistant sur des arguments non systématiquement évoqués ou soulignés *a priori* par les professionnels.

Un déficit de reconnaissance

L'inventaire succinct des activités de médiation ne doit pas masquer la nécessité de la reconnaissance de l'intervention de la médiatrice. À ce jour, après deux années de permanences, la PMI n'a toujours signé aucune convention officielle avec l'association qui emploie la médiatrice. Celle-ci ne participe pas aux réunions d'équipe. De la même manière, l'hôpital psychiatrique dont dépend la structure déconcentrée de pédopsychiatrie n'a pas offert de cadre de reconnaissance à l'intervention.

Si toutes ces institutions font état de l'importance du travail réalisé, aucune n'est dans une posture de reconnaissance ou n'offre un espace où un retour puisse être fait de la perception par ce public précaire des interventions des professionnels de santé. La médiatrice arrive aujourd'hui au terme d'un « emploi aidé » sans que des perspectives de pérennisation d'un poste aient été pensées par les structures pour lesquelles elle travaille au quotidien.

De surcroît, trop souvent, le recours semble sous-tendu par une adresse faite à un « guide indigène » au détriment de

la promotion de son insertion effective dans l'organisation de la prévention et des soins. Cette tendance occulte l'apport, caractéristique de la médiation, des savoirs et savoir-faire de la médiatrice, qui pourraient avoir un impact en termes de représentations et de pratiques que les professionnels ont d'un public dont les « comportements » sont parfois décrits comme déconcertants.

Dans un article consacré aux médiatrices socioculturelles (1), Catherine Delcroix distingue deux « types idéaux » de médiation. D'une part, la forme « relais », qui apparaît comme une réponse aux difficultés d'une institution à répondre aux « demandes spécifiques de populations fragilisées et diverses ». Le rôle alors imparti aux médiatrices est limité à celui d'intermédiaire entre usagers et agents institutionnels, d'où le caractère instrumental que peut avoir la fonction. *A contrario*, la forme « critique » suppose de créer ou recréer des liens, et donc de proposer de « nouvelles formes de régulation sociale et de dialogue », débouchant sur une remise en question des institutions, et interrogeant la norme. La fonction « relais » de messages de prévention paraît donc plus facilement légitime, tandis que l'action critique ou la participation à la décision en termes d'organisation des soins est confrontée à plus de résistances. Par ailleurs, un espace d'échange autour des conflits de normes sociales et culturelles apparaît comme singulièrement difficile à construire.

La médiation interculturelle s'inscrit dans un cadre souvent qualifié de « paradoxal » en France (2). L'histoire politique nationale et le « modèle républicain » ont pour effet une « reconnaissance implicite » ou un « déficit de reconnaissance » du travail des médiateurs car les institutions sont « souvent arrivées à assigner à la médiation interculturelle un rôle qui n'était peut-être pas le sien : celui de la remédiation des "déficits", en enfermant les médiateurs dans un rôle d'auxiliaires du monocolonialisme institutionnel » (3).

Ainsi, « participer » dans le domaine de la santé comme dans d'autres revient trop souvent à ne se préoccuper que de la manière dont des publics peuvent « mieux entendre » les messages des institutions et des professionnels, au détriment de ce qu'ils auraient à en dire.

Pour passer du relais à la promotion d'une démarche critique, encore faudrait-il qu'un espace soit pensable et possible en termes de participation, qui ne se réduise pas à la convocation par les institutions d'habitants sommés de participer, de se « mobiliser ». Ce que le sociologue Jacques Donzelot nomme « notre manière de faire de la participation un devoir plutôt qu'un moment de construction d'un pouvoir » (4).

Fatima Ayouba

Médiatrice de santé publique,

Sandrine Musso

Anthropologue,

Initiatives citoyennes pour l'insertion,
Ancienne coordinatrice du site Marseille
pour l'Imea.

1. Une copropriété dégradée des « quartiers nord » marseillais, terme local pour désigner les espaces de relégation.

2. Le programme d'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de vulnérabilité, conduit par l'Imea en partenariat avec la DGS et la Div de 2000 à 2005 sur trois régions (Ile-de-France, Paca, Guyane) et quatre sites (Paris, Marseille, Nice et Cayenne). Lire l'article de Kémal Cherabi dans ce dossier.

3. On peut noter que ce postulat s'inspire en partie de projets d'abord mis en place dans les pays du Sud dans le cadre d'initiatives de développement. Cf. Olivier de Sardan J.-P., Anthropologie et développement, Karthala, 1995.

4. Ce diagnostic a consisté à aller interviewer des professionnels de santé du site (médecins généralistes du quartier, structures d'offres de soins de proximité) et les habitants et usagers de ces professionnels, afin de faire l'état des lieux des difficultés énoncées et proposer une réponse à celles-ci.

5. Voir sur le site de l'Imea l'intervention de Fatima Ayouba dans le cadre du colloque du 3 octobre 2005 au ministère de la Santé sur la médiation en santé publique <http://www.imea.fr/imea-fichiersbtml/imeaei-mediation.php?AUTD>

► Références bibliographiques

- (1) Delcroix C. Cumul des discrédits et action : l'exemple des médiatrices socioculturelles. Hommes et migrations 2004 : 10.
- (2) Wieworka M. (dir.). La médiation, une comparaison européenne. Les éditions de la Div, 2001.
- (3) Chaouite A. Risques et spécificités de la médiation interculturelle. Hommes et Migrations n° 1249, mai-juin 2004 : 83.
- (4) Donzelot J. Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France. Paris : Seuil, 2003 : 15.

Compagnons d'Emmaüs : acteurs du théâtre participatif

Pendant deux ans, à Pau, cinquante compagnons d'Emmaüs ont été formés au théâtre par un professionnel et ont ensuite donné vingt représentations dont une au Forum social de Bombay. Du chômage à l'emploi des femmes, ils ont choisi eux-mêmes les thèmes traités. Ce travail a aidé les compagnons à développer leur autonomie et a contribué à changer leur image. Il a toutefois dû être abandonné, faute de moyens.

En juin 2001, la troupe indienne « Karvan » – formée par Jean-Pierre Besnard¹ – en tournée en France donne une représentation à la communauté d'Emmaüs Pau-Lescar. Son directeur, Germain Sary, est impressionné par la force et l'impact de ce « théâtre » et souhaite l'introduire dans la communauté.

Un partenariat s'engage avec l'association toulousaine Caravane Théâtre. D'avril 2003 à juin 2004, Jean-Pierre Besnard forme des compagnons aux techniques du théâtre interactif. Ainsi naîtra la troupe « Namasté », qui crée dix

spectacles de théâtre forum et se produira régulièrement pendant un an et demi. Elle donne vingt représentations, touche plus de mille cinq cents personnes dans l'agglomération paloise, et plus d'un millier en participant au Forum social à Bombay en janvier 2003.

« Namasté » permet la rencontre des compagnons avec des publics très variés : jeunes en difficulté, travailleurs sociaux, adhérents d'associations, publics de rue, etc. Elle atteint ainsi son premier objectif : ouvrir la communauté vers la cité, faire partager les valeurs de

solidarité et de convivialité défendues par Emmaüs, et plus largement changer les représentations parfois négatives sur les compagnons. Le second objectif visé, l'aide au développement personnel et à l'autonomisation des compagnons, est validé pour la majorité des compagnons acteurs. « *J'ai été bouleversée de jouer avec ce public* », N. « *Ça me fait énormément plaisir de faire passer des messages* », C. « *Ça fait réfléchir, ça fait réagir, c'est très fort pour moi* », S.

Démarche participative intégrée

Le théâtre interactif est particulièrement adapté au public en situation de vulnérabilité. Il utilise un médiateur : la création artistique. Il s'appuie sur le non-verbal. Il nécessite l'implication des bénéficiaires à toutes les étapes du processus. Il s'agit là d'une démarche participative « intégrée ».

Sur deux week-ends, nous présentons les méthodes, créons et jouons un premier spectacle avec quelques compagnons volontaires, pour diffuser l'information dans la communauté. Dix-huit compagnons poursuivent l'expérience et forment l'ossature de la troupe « Namasté » ; aucun prérequis n'est souhaité. Caravane Théâtre forme aux techniques mais ne s'implique ni dans le choix des participants, ni dans celui des thèmes des spectacles.

Les ateliers théâtre ont lieu deux jours consécutifs par mois sur quinze mois. La première journée est prise sur le temps de repos hebdomadaire. L'autre journée, les « compagnons acteurs » sont dispensés de leur travail ordinaire. C'est là l'implication de l'ensemble de la communauté.

Nous travaillons avec les outils du théâtre interactif créés par Augusto Boal² : « Théâtre Forum » et « Théâtre Images ». Nous donnons des ateliers de « Clown Théâtre » pour libérer les tensions et l'expression des émotions. Tous les compagnons sont régulièrement sollicités pour entrer dans la troupe, ils sont plus de quarante à participer ponctuellement sur les quinze mois. Il y a toujours un noyau suffisant pour encadrer les arrivants, assurer les spectacles.

Les thèmes développés, chômage, emploi des femmes, logement, alcool, exclusions, risques environnementaux, citoyenneté, engagement social, mondialisation et écologie, sont choisis par les acteurs, joués devant la communauté tout entière pour être validés avant d'être donnés à l'extérieur. Ainsi témoigne M. à la fin d'un spectacle : « Vous êtes le miroir de la communauté. En faisant passer les messages à l'extérieur, vous montrez ce que les compagnons peuvent être, (...) que le compagnon n'est pas un misérable et qu'il a dans le cœur toute une palette de possibilités et de passions. Il faut témoigner. C'est ce que vous faites et vous le faites bien. »

Un certain nombre d'éléments ont sécurisé la démarche, en particulier la présence du psychomotricien qui accompagne habituellement les compagnons et qui a participé à la forma-

tion. Après chaque atelier et/ou spectacle, des réunions de *debriefing* sont organisées en présence de toute l'équipe et du directeur.

Quand on élabore les scénarii à partir des « histoires » personnelles des comédiens, on prend garde de socialiser la problématique, c'est-à-dire d'amener les difficultés individuelles dans la sphère du collectif. On reste dans la liberté de s'exprimer pour celui qui parle et dans l'empathie pour ceux qui écoutent. Ce cadre éthique est défini en amont et régulièrement rappelé.

Quelques acteurs sont partis vers d'autres activités pour revenir régulièrement assister aux spectacles. Ils ont quitté le groupe sans que rien ne soit apparu d'un malaise ou d'une décompensation provoquée par le « théâtre ». L'effet groupe, la présence chaleureuse de la communauté, le cadre éthique posé sans oublier la possibilité de recourir à l'aide du psychomotricien ont eu un effet sécurisant.

Facteurs facilitants et limites

C'est l'énergie impulsée par le responsable de la communauté qui a permis de démarrer cette action. Elle s'est poursuivie, soutenue par l'intérêt que les compagnons ont trouvé dans ces techniques pour eux-mêmes et pour les publics, par leur engagement social et enfin grâce à la mobilisation de

toute la communauté. Celle-ci vit sur ses propres ressources. Cet avantage au départ de l'action s'est révélé être un frein : il a été très difficile de concilier disponibilité pour le théâtre et nécessité du travail « productif » indispensable à l'autonomie financière.

Personne ne s'est proposé à la fin des quinze mois de formation au sein de la communauté pour reprendre la « direction » de la troupe. Après concertation entre les acteurs et le responsable, l'expérience s'est arrêtée.

Le désengagement du formateur n'a probablement pas été suffisamment anticipé par le groupe et le temps global de formation peut être sous-estimé compte tenu du type de public ciblé. Malgré cela, le responsable conclue : « Je me réjouis (...) de voir l'évolution que vous, acteurs, vous faites en tant que personne, dans votre expression et dans votre aisance. J'ai quelques échos qui me parviennent de l'extérieur (...) : on ne s'attend pas à ça d'Emmaüs ! »

Cette expérience théâtrale a montré qu'il était possible et bénéfique de mobiliser une communauté. Quant à la difficulté que pourrait représenter pour certains l'arrêt du théâtre, nous savons que, à Emmaüs Pau-Lescar, les compagnons ont accès à toute une palette d'activités artistiques, notamment la musique, qu'ils ont à leur disposition de nombreuses possibilités pour exprimer leur potentiel créatif, relationnel, imaginaire, dans l'engagement politique, social ou humanitaire. L'arrêt du théâtre, s'il peut engendrer quelques regrets, ne saurait être traumatisant. Il aura été, au contraire, un apport important et une force à insuffler dans de nouveaux défis.

Jean-Pierre Besnard

Directeur artistique et pédagogique de Caravane Théâtre.

1. Directeur artistique et pédagogique de Caravane Théâtre.

2. Boal A. Jeux pour acteurs et non-acteurs. Paris : La Découverte, 2^e édition 2004 : 312 p.

Contact :

Mail : caravth@club-internet.fr
Site web de l'association :
www.planete-clowne.com
et www.caravane-theatre.com

Théâtre forum : rétablir le dialogue

Le théâtre forum s'adresse à tous, il n'a pas été spécifiquement créé pour les personnes en situation de précarité. Le but ultime de ce théâtre est le bonheur. Il tente d'y faire parvenir en favorisant le rétablissement du dialogue entre les êtres humains. Il ne s'agit pas d'adapter les individus à un monde insatisfaisant, mais de transformer le monde lui-même. Augusto Boal a une formule magnifique qui pourrait servir de « bannière » à son théâtre : « Ayons le courage d'être heureux ! » ; « À ce théâtre tout le monde peut jouer même les comédiens ». Nos dernières actions nous ont amenés à former : des narcologues de Nijni-Novgorod, des paysans à Rio Grande Do Sul (pour les dangers d'utilisation des pesticides), des ONG du Rajasthan (pour tenter de réduire la migration des paysans vers les villes), des membres du Planning familial de l'Aude (pour dénoncer les violences conjugales), etc. La

position des professionnels n'est pas de prendre la parole à la place de ceux qui la désirent et ne savent pas comment la « révéler » mais bien de les aider à y avoir accès.

Le théâtre forum contient lui-même ses règles de fonctionnement, sa déontologie et sa propre éthique. Sa pratique ne présente aucun danger si on en respecte la philosophie et si on suit sa démarche. Cependant, il ne serait pas sérieux de confier des personnes trop fragiles à des animateurs inexpérimentés (risques de décompensation, de passages à l'acte, danger de confondre théâtre forum et psychodrame, etc.). Il est nécessaire de se garantir du sérieux et du professionnalisme des intervenants par un cadre éthique posé en amont de toute action. En ce qui me concerne, je n'ai pas connu en vingt-cinq années de pratique d'« événements » dommageables pour les « acteurs » comme pour les publics.

Des municipalités inaugurent les conférences locales de santé

En France, plusieurs communes parmi lesquelles Saint-Denis et Bobigny (Seine-Saint-Denis) ont montré la voie, en associant les habitants à la politique locale de santé. Christelle Routelous décrypte les différents types de démarche participative mis en œuvre par les collectivités locales. Elle conclut à une indéniable efficacité, tout en soulignant la confusion fréquente effectuée entre la simple information et la participation.

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont pris pour interlocuteurs les associations sur de nombreux dossiers, en particulier dans le domaine du social et de la santé. L'essor du partenariat associatif dans la production des politiques publiques n'est plus à démontrer (1, 2). L'importance des moyens humains à mobiliser pour produire les politiques publiques, comme le besoin d'individualiser les réponses, obligent à penser en termes de partenariat, à la fois pour répartir les charges, associer des compétences complémentaires et déployer des formes d'action au plus près des populations (3). Si les procédés utilisés ne sont pas nouveaux (enquête publique, référendum, comité de quartier, commission, etc.), ils ont acquis une dimension nouvelle à la faveur de dispositifs de formalisation qui ont contribué non seulement à asseoir leur existence mais encore à élargir leur champ d'application. La codification dans le droit de procédure de participation leur assure une visibilité et une légitimité nouvelles.

À titre d'exemple, le dispositif participatif se décline de manière très riche au niveau des municipalités. On y trouve à titre indicatif : les commissions extra-municipales, les conseils consultatifs des résidents étrangers, les conseils municipaux de jeunes, les ateliers urbains de proximité. Et, pour ce qui concerne la

promotion de la santé, les conférences locales de santé sont mises en place pour faire émerger une large expression des problèmes de santé de la population, dans le cadre de politique de santé communautaire tel que cela a été le cas notamment à Saint-Denis et à Bobigny (voir l'article de G. Biet dans ce dossier).

D'autres modes de démocratie participative ont été installés dans les villes : les rencontres entre professionnels et habitants ont ainsi vu le jour afin de construire une action permettant une mobilisation croissante des différents acteurs. Dans le champ de la santé, elles ont notamment fait l'objet de projets conjoints d'accompagnement des personnes gravement malades à Valenciennes et de débats autour de la

question des urgences à Mulhouse.

À l'étranger également les expériences participatives confortent l'idée que la démocratie participative s'inscrit au premier plan des aspirations citoyennes et de solidarité, avec plus d'impact politique encore qu'en France. Ainsi, au Québec, une démarche de mobilisation populaire et de délibération publique, reposant sur la participation de l'ensemble des acteurs sociaux et sur l'implication des personnes en situation de pauvreté, a engendré la loi dite « 112 ». Cette dernière a permis la mise en place d'un comité consultatif, d'un observa-

toire et d'un fonds permettant de financer de nouvelles initiatives sociales pour instituer une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion au Québec (4).

Information, consultation, concertation

Les exemples français nous apprennent que la participation comporte trois niveaux différents :

– *l'information* permet aux acteurs tout à la fois de mieux évaluer les attentes locales (information ascendante) et de faire connaître le contenu des décisions prises (information descendante). Si elle contribue à doter les individus de ressources nouvelles, de nature informationnelle, elle n'implique pas de partage du pouvoir de décision ;

– *la consultation* invite les individus à exprimer leurs opinions. Les intéressés acquièrent alors la possibilité de se faire entendre mais les acteurs gardent l'entière maîtrise des choix, en prenant ou non en compte les avis émis ;

– *la concertation* conduit à une élaboration conjointe ; ce niveau se situe très en amont des processus décisionnels, les acteurs des politiques s'engagent dans la voie des compromis et des négociations avec les associations, notamment. Elle peut déboucher sur un partenariat authentique et sur des processus de délégation de la gestion de certaines tâches d'intérêt collectif ; mais ces processus se situent au stade de la mise en œuvre pratique.

Impliquer la population dans les choix locaux

Ces trois techniques de participation n'entraînent pas de réel déplacement de pouvoir de décision : la participation est ainsi plus « octroyée » que « conquise » (5). Les procédures participatives n'ont jamais pour effet de conduire à une « démocratie directe ». Elles ont une portée surtout consultative et visent à permettre aux acteurs d'impliquer la population dans les choix locaux ou des questions ciblées. Les constats *a posteriori* réalisés par les promoteurs montrent qu'il faut, d'une part, insérer le principe de la légitimité élective dans les mécanismes de participation. Et, d'autre part, considérer les usagers de façon à ce qu'ils puissent être introduits dans les instances de délibération (6), en tant qu'interface avec la société civile, et qu'ils soient dotés de moyens d'apprentissage pour faire face à cette tâche (7). Car on constate que, trop souvent, on se préoccupe moins de l'aboutissement des démarches que des méthodes pour gérer les contraintes de représentativité.

Une efficacité réelle au quotidien

En dépit de ces réserves, la participation semble avoir un effet réel sur les questions qui touchent à la vie quotidienne : elle peut modifier les conditions d'élaboration des décisions, des politiques et plus généralement de l'action publique au niveau local. La participation apparaît d'autant plus nécessaire et prisée que les questions touchent plus directement à la vie quotidienne. En prenant en compte la diversité des individus, il s'agit de substituer aux anciens procédés de com-

mandement des mécanismes souples de coordination et d'intégration. Comment ? En associant à l'élaboration des choix collectifs les destinataires de l'action. Ces derniers étant alors véritablement promus au rang d'acteurs de la décision politique locale (8). La participation doit développer une forme de citoyenneté qui implique l'existence au niveau local d'un espace public de délibération ; c'est cet espace qui permet que les choix publics locaux soient discutés, débattus et que les acteurs des politiques soient interpellés, voire contestés.

Christelle Routelous,

Chargée d'études et de recherche au DIES, Développement, Innovation, Évaluation, Santé, groupe d'études et de recherche en santé publique (www.dies.fr).

► Références bibliographiques

- (1) Barbot J. *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2002 : 307 p.
- (2) Callon M., Lascoumes P., Barthe Y. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Presses de l'École des Mines. Paris : Seuil, coll. La couleur des idées, 2001 : 368 p.
- (3) Warin Ph. *La politique associative en construction. Enjeu économique, enjeu démocratique*. Lien social et Politiques 2002 ; 48 : 35-52.
- (4) Noël A. *Une loi contre la pauvreté : la nouvelle approche québécoise de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Lien social et politiques 2002 ; 48 : 103-14.
- (5) Chevallier J. *La démocratie locale : représentation, participation et espace public*, Curapp/Craps (eds). Paris : Puf, 1999.
- (6) Ceretti A.M. *Critères de représentativité et structuration des associations de santé*. Rapport réalisé à la demande de J.F. Mattéi. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, janvier 2004 : 50 p.
- (7) Ghadi V., Naiditch M. *Le patient et le système de soins : quelle implication pour l'individu ?* ADSP 2000 ; n°33 : 33-35.
- (8) Blondiaux L. Représenter, délibérer ou gouverner ? Les assises politiques fragiles de la démocratie participative de quartier. In : *La démocratie locale : représentation, participation et espace public*. Curapp/Craps (eds). Paris : Puf, 1999 : 367-404.

Education Santé

sommaire

n°210 – mars 2006

Initiatives

L'humanisation des soins aux enfants,

Carine Maillard

Les représentations de la santé et de la maladie,

Christian De Bock

La Coalition nationale contre le tabac dénonce la violation par la Belgique de la Convention-cadre antitabac

Outils

Quels outils en promotion de la santé ?

Catherine Spièce

Stratégies

Le budget santé 2006 de la Communauté française,

Christian De Bock

Matériel

Alimentation : le vrai et le faux se mettent à table

Cholestérol... Tout est dans la mesure ! Ne loupez pas les médicaments moins chers !

Maryse Van Audenhaege

Prévention du suicide

Lu pour vous

Les maladies chroniques

La santé s'affiche au Québec

Pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation

AVC: un univers qui bascule

Données

L'ado entre expérience et prise de risque,

entretien avec le Prof. Bourguignon, par Carine Maillard

Vu pour vous

Corps-Cité, un nouveau site sur le corps humain

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé – Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro: education.sante@mc.be.

L'abonnement est gratuit en Belgique.

Pour l'étranger, l'abonnement coûte 60 € pour 2 ans (22 numéros). Le paiement se fait uniquement par virement bancaire.

L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse

<http://www.educationsante.be/es/newsletter/inscription.php?page=abo> ainsi que d'une preuve de paiement.

Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001:

<http://www.educationsante.be>

Prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes

On dénombre, chaque année, en France, environ dix mille grossesses chez les filles de moins de 18 ans, dont six mille cinq cents mènent à une IVG. Comment prévenir ces grossesses non désirées ? Et dans quelle mesure le sont-elles ? Pour apporter des éléments de réponse à ces questionnements, nous présentons dans cette séquence un reportage sur l'accueil au Planning familial de Paris, puis les analyses de plusieurs experts :

– Maïté Albagly, secrétaire générale du Planning familial, interpelle les adolescents sur la persistance des stéréotypes homme/femme (page 44) ;
– le professeur Patrick Alvin, pédiatre, souligne l'interdit social qui pèse sur la grossesse des adolescentes et rappelle que l'enfant est un sujet naturel de désir chez la

jeune fille (pages 45-46) ;

– Pauline Savoye, psychologue écoutante à Fil Santé Jeunes explique comment ce service de téléphonie santé tente de répondre aux appels angoissés des adolescentes (pages 46-47) ;

– Cécile Fournier, chargée de recherche à l'INPES, résume les recommandations faites aux professionnels pour aider les adolescentes à choisir leur type de contraception (page 48).

On trouve chez ces différents experts un constat commun : l'accès à la contraception et plus largement l'information sur la sexualité ne suffisent pas, les professionnels doivent aussi travailler sur les déterminants personnels et familiaux de ces adolescentes (pages 41-42).

Travailler sur les déterminants personnels et familiaux

Pour les professionnels au contact des adolescentes, l'information sur la sexualité et l'accès à la contraception ne suffisent pas. Il faut travailler sur les déterminants personnels et familiaux, en particulier avec les adolescentes ayant une entrée précoce dans la vie sexuelle, les aider à être autonomes pour qu'elles acquièrent la maîtrise de leur vie sexuelle. Enfin, décrypter le paradoxe du désir de grossesse chez l'adolescente : situation parfois très fortement désirée puis rejetée lorsqu'elle survient.

Le professeur Patrick Alvin, pédiatre, chef de service de médecine des adolescents à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre le souligne : « *L'âge moyen du premier rapport sexuel complet n'a guère évolué ces trente dernières années. Il est de 17 ans. La vie sexuelle proprement dite des adolescentes, une fois amorcée, reste caractérisée par un profil irrégulier et souvent sporadique de monogamies en série, sur fond d'histoires amoureuses.* » Ce pédiatre explique qu'en matière de sexualité et de contraception beaucoup reste à faire pour développer l'information, le recours aux professionnels et l'accès aisé aux moyens contraceptifs, afin de prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes mineures.

Selon les données rassemblées par le professeur Alvin dans son ouvrage « *Médecine de l'adolescent* », paru en janvier 2005, on dénombre, chaque année, environ dix mille grossesses dont six mille cinq cents mèneront à une IVG chez ces adolescentes mineures. Rapporté à la population totale des ados, le taux observé figure parmi les moins élevés des pays développés, et, en tout cas, très inférieur à celui des États-Unis. En 1995, par exemple, d'après J. E. Darroch (« *Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries* »), les États-Unis comptaient plus de quatre-vingt mille grossesses chez les femmes de 15 à 19 ans pour un peu plus de vingt mille en France. Envi-

ron la moitié des naissances et des IVG pratiquées chez des mineures survient chez des adolescentes de 17 ans. Un constat logique puisque le taux de fécondité, soit le nombre des naissances pour dix mille, augmente régulièrement avec l'âge. En France, il passe de moins de dix chez les filles de 14 ans à plus de deux cents chez les filles de 18 ans.

Différer une maternité

Selon l'Institut national d'études démographiques (Ined) (enquête publiée en 2000), le nombre de grossesses chez les adolescentes a diminué de plus d'un tiers (36 %) depuis 1980. En 1997, la France a enregistré 13 192 grosses-

ses chez les mineures contre 20 710 en 1980. En 1994, 3,3 % des filles scolarisées ont rapporté avoir été enceintes au moins une fois dans leur vie. Parmi elles, 12 % ont eu un enfant. Toujours selon l'Ined (1995), « cette baisse est accompagnée d'une diminution de 60 % du nombre de naissances vivantes (de 10 614 en 1980 à 4 170 en 1997) ». L'Ined constate encore que « le recours à l'IVG semble avoir globalement stagné depuis vingt ans et même un peu progressé à partir des années 1990 ».

On le voit, la majorité des grossesses recensées chez les adolescentes ne sont pas menées à leur terme. Plus précisément, les données reconnues par la profession médicale indiquent qu'à l'adolescence, les IVG sont nettement plus nombreuses que les grossesses menées à terme, surtout parmi les plus jeunes. Chez les moins de 18 ans, deux grossesses sur trois sont interrompues. Mais, à 14 ans, six grossesses sur sept font l'objet d'une IVG. Il reste que la réduction du nombre de grossesses adolescentes est essentiellement due à une meilleure utilisation des moyens de contraception.

Déni d'une réalité... désirée

Si le nombre de grossesses chez les mineures se réduit, il demeure à un niveau qui en fait un réel problème de santé publique car la grossesse chez une adolescente intervient le plus souvent dans une situation fragile sur le plan psychologique ou/et dans un environnement familial difficile. Tout d'abord, qui sont ces jeunes adolescentes ? Les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou du Planning familial, les services spécialisés des hôpitaux qui les informent, les reçoivent et les prennent en charge parlent en premier lieu de « conséquences de situations d'échecs », d'adolescentes qui se retrouvent le plus souvent « victimes » à des titres divers. Dans la collection « Pour le praticien » (1), Patrick Alvin et Daniel Marcelli soulignent dans quel contexte ces adolescentes découvrent qu'elles sont enceintes et tardent donc à déclarer leur état : « La grossesse d'une adolescente, d'autant plus que celle-ci est jeune, est souvent découverte tardivement : méconnaissance, peur d'en parler, absence d'interlocuteur, anxiété à l'égard du suivi médical, crainte d'être contrainte à l'IVG et, pour cer-

taines, déni d'une réalité désirée mais finalement redoutée lorsqu'elle survient... Tout concourt à ce retard de déclaration. » Michèle Uzan, chef de service de gynécologie à l'hôpital de Bondy et auteur du rapport « Prévention et prise en charge des grossesses des adolescentes » (2), rappelait à ce propos que « la proportion des naissances chez les moins de 15 ans est en augmentation depuis 1976 par rapport à l'ensemble des grossesses chez l'adolescente ». De plus, elle constate que « la survenue de grossesse dans un contexte de violence sexuelle est en augmentation » et s'interroge donc sur « l'éventuel lien entre inceste et grossesse très précoce, c'est-à-dire avant 15 ans ». D'où l'importance de l'information, de la prévention et donc de la sensibilisation.

Sensibilisation et recherche

De nombreuses structures existent pour épauler ces adolescentes. Des lignes téléphoniques ont été créées comme Fil Santé Jeunes (voir article de Pauline Savoye), Allô-Écoute avec l'aide de la Mairie de Paris¹. Des accompagnements et des prises en charge sont à disposition dans les centres du Planning familial, les centres de protection maternelle et infantile ou les services de médecine des adolescentes dans les hôpitaux. Selon Patrick Alvin, l'amélioration de la prévention passe par des formations davantage adaptées en direction des professionnels, médecins et infirmières scolaires, notamment sur le suivi psychologique et social. La prévention des grossesses non dési-

rées chez les adolescentes requiert aussi un développement de « ce champ de recherche » insuffisamment exploré, comme le souligne Patrick Alvin : phénoménologie des débuts précoces de la vie sexuelle, déterminants personnels et socio-familiaux, ambivalence de cette précocité ; recherche, enfin, sur le contexte relationnel et le rôle dominant du partenaire masculin, pour analyser le degré de capacité de ces filles jeunes à contrôler la relation sexuelle et ses conséquences. C'est sur ce champ de connaissances qu'il convient de travailler.

Denis Dangaix

Journaliste.

1. Écoute, Sexualité, Contraception : n° Vert 0 800 803 803 du lundi au vendredi de 9h 30 à 19h 30 et le samedi de 9h 30 à 12h 30. Service anonyme et gratuit.

► Références bibliographiques

(1) Alvin P., Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Paris : Masson, coll. Pour le praticien, 2^e édition, 2005 : 472 p.

(2) Uzan M. *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, Inserm, 1998.

http://www.sante.gouv.fr/html/actu/gross_ado/36_981123.htm

À noter l'excellent ouvrage de Noëlle Herrenscheidt. *À la vie, à la mort. L'hôpital*. Paris : Gallimard, Hors série, Gallimard Loisirs, 2003 : 320 p.

L'accueil au Planning familial de Paris : « anonyme, gratuit et sans jugement »

Le centre du Planning familial de Paris accueille, chaque année, plus de douze mille personnes. Plutôt des femmes, de plus en plus accompagnées, plutôt des jeunes... de 15 à 25 ans. Les conseillères qui y officient soulignent à quel point, en 2006, le déficit d'éducation à la sexualité reste criant et les idées fausses continuent à circuler.

La porte cochère se referme lourdement, laissant apparaître une cour intérieure comme le Paris intra-muros en connaît beaucoup. Pas de publicité, ici. Pas de signe extérieur indiquant le siège du Mouvement français du Planning familial, adresse recherchée. Il faut monter un escalier, sonner et entrer dans un appartement au parquet craquant pour enfin se repérer. Le lieu est surprenant. Dans la salle d'attente de ce grand appartement bourgeois, première pièce d'accès, des affiches couvrent le moindre mètre carré de mur. Contraception, sexualité, « allô-écoute », vos droits, votre corps... les mots-clés éclatent en autant de slogans. Quatre jeunes, plutôt grands adolescents, filles et garçons, attendent de rencontrer Nathalie Marinier, laquelle, entre chaque rendez-vous, demande si possible à ne pas être dérangée. Nathalie Marinier est conseillère conjugale et familiale dans l'un des centres du Planning à Paris, où elle assure une fonction de coordination. Elle préfère le mot animatrice. Elle travaille également comme conseillère conjugale à l'hôpital Saint-Louis à Paris. Elle fait partie des douze professionnels qui travaillent dans ce centre : conseillères conjugales, assistantes sociales mais aussi médecins.

Accueillir la personne dans sa globalité

Souriante, Nathalie Marinier a le verbe militant : elle résume le combat mené depuis quarante ans, en France, pour faire accepter l'interruption volontaire de grossesse (IVG). De 1965, date de la création du Planning familial, à la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances. Puis évidemment la loi Veil qui, le 17 janvier 1975, légalise l'IVG. Et celle du 31 décembre 1982 qui instaure le remboursement de l'IVG par la Sécurité

sociale. Le texte du 13 décembre 2000 permet la délivrance de la pilule du lendemain sans autorisation parentale. Jusqu'à la loi du 4 juillet 2001, qui a assoupli les conditions d'accès à l'IVG : le délai légal pour recourir à l'avortement est passé de dix à douze semaines et le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est plus requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs...

L'émotion passe dans sa voix au rappel des combats. « *Et pourtant, en dépit de ce chemin considérable parcouru, insiste Nathalie Marinier, de nombreuses personnes, et particulièrement les femmes, doivent trouver les ressources en elles pour gérer leur sexualité.* Et d'égrener un quotidien du centre bien chargé : « *Violence sexiste, mariage*

forcé, excision, etc. C'est difficile dans notre société de vivre sa sexualité sans répression et sans dépendance. » Notre travail, dit-elle, c'est d'accueillir au mieux toute personne dans sa globalité, au moment où elle vient nous voir et dans la situation dans laquelle elle se trouve ».

Des femmes... jeunes

Y a-t-il une méthode Planning ? Nathalie Marinier reste circonspecte. « *Nous pratiquons l'écoute empathique et refusons le professionnalisme rigide,* répond-elle. *Nous essayons de nous mettre à la place de l'autre sans jugement, dans le dialogue et dans la concertation. Bien sûr, tout est anonyme et gratuit et, s'il y a besoin d'une consultation spécifique, nous l'organisons.* » Les chiffres de 2004, consulta-

Le centre de Paris reçoit son lot d'adolescents – filles mais aussi garçons – en quête de réponses aux questions nombreuses qui les taraudent. Souvent, l'information donnée suffit. Ils et elles vont s'approprier leur moyen de contraception et ainsi découvrir leur corps. Parfois, un suivi est nécessaire. Problème relationnel, non-communication avec les parents, blocages divers, etc. Les conseillères essayent de démêler les fils. Ainsi ce jour là, une jeune fille attend son tour dans la salle d'attente : en recherche d'information, elle affiche une attitude nonchalante mais est en fait totalement désorientée. C'est une habituée qui vient le plus souvent accompagnée d'un garçon mais qui cette fois est seule. Elle est enceinte et en demande d'une IVG. Pour les conseillères, deux mots clés : attention et discrétion. La conseillère va éventuellement jouer un rôle de médiation avec les parents et orienter la jeune fille, selon son choix, vers une clinique

ou un hôpital. Une situation difficile à laquelle les conseillères sont régulièrement confrontées. « *Notre société aurait beaucoup à gagner si l'éducation à la sexualité était largement développée*, avertit Nathalie Marinier. Et puis, ajoute-t-elle, *quand une femme prend de l'autonomie, c'est en général tout le monde qui y gagne.* »

Denis Dangaix

tions et accueils confondus, prouvent qu'on ne pousse pas la porte du Planning par hasard. Le centre aura reçu plus de 12 000 personnes dont 2 177 en consultations effectuées par l'équipe de spécialistes du centre et 10 086 entretiens pour des demandes d'informations. Le centre a également organisé des rencontres dans des établissements scolaires et centres de formation des apprentis (CFA) parisiens pour 1 926 adolescents. Qui vient dans ce lieu ? Plutôt des femmes, de plus en plus accompagnées par leur ami, plutôt des jeunes entre 15 et 25 ans.

Idées reçues qui circulent

D'une manière générale, les conseillères du Planning sont préoccupées par le niveau d'information et nombre d'idées fausses qui circulent chez ces jeunes adolescentes qu'elles reçoivent. Toutes confirment le besoin et d'informations fiables. « *Alors que le bouche à oreille fonctionne très bien, c'est incroyable, insistent-elles, le nombre d'idées reçues qui ont la vie dure.* » Et de citer, en vrac, ce qu'elles entendent de ces adolescentes. « *Compter les jours, ça marche, le coït interrompu est un moyen de contraception, la première fois, on ne peut pas tomber enceinte, après les règles, non plus... les tabous religieux, le poids de la culture, les jugements moraux... Le manque d'éducation à la sexualité des adolescents est criant* », répètent les conseillères.

Pour en savoir plus

Mouvement français pour le Planning familial – 10, rue Vivienne, 75002 Paris. Tél. : 01 42 60 93 20. Des permanences sans rendez-vous se tiennent le lundi de 12 h à 16 h, le mardi de 17 h à 19 h 30 et le jeudi de 12 h à 15 h, ou Villa d'Este-Tour Mantoue, 75013 Paris. Tél. : 01 45 84 28 25. Site Internet : www.planning-familial.org

Trois questions à Maïté Albagly, secrétaire générale du Planning familial.

« Faire réfléchir les adolescents sur les stéréotypes du masculin/féminin »

La Santé de l'homme : En matière d'éducation à la sexualité, le Planning familial défend l'idée d'une démarche continue, « de la maternelle à la terminale ». Pouvez-vous définir cette approche de prévention ?

Maïté Albagly : L'enjeu de l'éducation à la sexualité ne se limite pas à la seule prévention des risques, tels que le sida ou les grossesses non désirées. L'objectif est aussi de faire réfléchir les enfants et les adolescents sur les stéréotypes relatifs au masculin et au féminin, aux rapports entre filles et garçons, en vue de construire une vraie égalité entre les sexes. Cela nécessite une action continue qui peut être engagée dès le plus jeune âge.

S. H. : Comment travailler pour prévenir la survenue de grossesses chez les adolescentes ?

Pour nous, il est clair qu'il ne peut y avoir de prévention efficace sans parler de sexualité.

Ce qui implique une acceptation : les adolescents ont une sexualité. Il faut aussi que le type de contraception soit adapté à chaque jeune fille en fonction de sa vie sexuelle, de son mode de vie. Le « tout pilule » n'est pas la solution.

S. H. : Le 18 mars 2006, le Planning familial a eu 50 ans. Que retenir de votre demi-siècle d'expérience de votre organisation ?

Notre pratique sur le terrain, tout comme nos actions au niveau politique, ont montré que le droit fondamental de décider réellement de tout ce qui touche à sa vie personnelle, sa vie intime, sa sexualité, n'est jamais une évidence, et que ce droit est toujours à reconquérir au niveau individuel et collectif. Non seulement les combats pour faire avancer ces droits ne sont pas terminés mais il faut aussi exercer une vigilance de tous les instants pour éviter toute régression de ces droits.

Propos recueillis par Denis Dangaix

Entretien avec le professeur Patrick Alvin, pédiatre, chef de service de médecine pour adolescentes, CHU du Kremlin-Bicêtre.

« Ne pas faire du désir d'enfant un sujet tabou »

« Malgré l'interdit social qui pèse sur la grossesse de l'adolescente, n'oublions pas que l'enfant est un objet naturel de désir chez la jeune fille », rappelle Patrick Alvin. Il faut permettre l'expression de ce désir pour que l'adolescente puisse se projeter dans une grossesse future et mieux maîtriser les conditions dans lesquelles elle souhaite avoir un enfant. C'est ce projet qui justifie la démarche contraceptive en elle-même. Il est important qu'une adolescente sexuellement active bénéficie d'une contraception efficace, en particulier si elle est plus vulnérable. Dans tous les cas, le professionnel doit aider l'adolescente à s'approprier son envie et sa décision pour pouvoir la conduire vers le choix de la contraception la plus adaptée à sa vie affective et sexuelle.

grande dispersion. C'est ainsi que certains enfants se retrouvent projetés plus précocement que les autres dans cette transformation et exposés aux diverses conséquences de leur puberté sociale.

S. H. : *Dans quel état d'esprit se trouvent les adolescentes face à la possibilité d'une grossesse ?*

Nos adolescentes sont à l'évidence conditionnées à l'interdit de grossesse : « Tant qu'on n'a pas fini les études, qu'on n'a pas de travail, tant qu'on n'est pas encore adulte, pas encore mariée », etc. Il est vrai que la proportion des filles mineures enceintes et plus encore la proportion des naissances vivantes issues de mineures ont fortement diminué ces dernières décennies. Il faut dire aussi qu'au terme d'une année sans protection, une adolescente ou une jeune femme sexuellement active a normalement une probabilité de neuf sur dix d'être enceinte. Le devenir de ces grossesses est connu : elles sont interrompues quatre fois sur cinq chez les adolescentes mineures. Alors, une question : comment se fait-il qu'en France, où la couverture contraceptive est l'une des plus élevées au monde, où l'âge moyen pour le premier enfant frise à présent la trentaine, le chiffre de presque onze mille interruptions de grossesses par an chez les mineures soit stigmatisé comme un constat d'échec, notamment de l'information ?

La Santé de l'homme : *Quel est le rapport d'une adolescente à sa capacité « nouvelle » d'être enceinte et à la contraception ?*

Patrick Alvin : Si l'on se place d'un point de vue strictement démographique, l'objectif de la contraception est de réguler des naissances, c'est-à-dire d'éviter d'avoir des enfants, ce qui vaut, sur le plan collectif, pour certains pays à forte croissance démographique en forte croissance. Dans l'ensemble des pays développés, comme la France, la question de la contraception à l'adoles-

cence n'a de sens qu'au plan individuel, en regard de la question de la grossesse et de l'enfant porté, grossesse redoutée ou grossesse désirée, mais grossesse toujours en suspens. Chez une adolescente, la survenue d'une grossesse non désirée ne peut pas être assimilée d'une façon réductrice à un simple phénomène d'échec. Chaque année, une nouvelle vague d'enfants – presque huit cent mille en France... – entre dans l'adolescence et, à 13 ans, une fille sur deux est déjà réglée. L'âge moyen de la puberté est demeuré assez constant au cours des dernières décennies mais avec une

S. H. : Pour vous, ce n'est pas un constat d'échec ?

P.A. : Il faut examiner ce résultat plus en détail. La moitié de ces IVG chez ces mineures concerne les plus âgées (NDLR : entre 17 et 18 ans). Ce ne sont plus des comportements « d'adolescents » mais effectivement, des comportements « adultomorphes ». S'interroge-t-on sur ce qui sous-tend et ce qu'implique la logique familiale et sociale de l'interdit de maternité précoce, y compris parmi les jeunes femmes majeures ? Les effets d'une IVG, surtout quand, en apparence, tout se passe bien, ne se font pas sentir sur l'instant. Ils passent d'autant plus inaperçus qu'ils n'intéressent pas grand monde et restent dans les faits très peu étudiés. En revanche, pour ce qui concerne les plus jeunes, on ne dit pas assez que la proportion des premiers rapports sexuels forcés – ou encore

volontaires mais non consentis – est beaucoup plus importante parmi les filles ayant connu leurs premiers rapports précocement que parmi les autres. On ne dit pas non plus que les initiateurs masculins peuvent être des aînés dominants de plusieurs années, des adultes parfois. Or la non-utilisation d'une protection contraceptive lors des premières expériences sexuelles est liée, entre autres, à la précocité d'âge ainsi qu'à la différence d'âge avec le partenaire.

S. H. : Pour pouvoir aider les adolescentes à différer l'enfant qu'elles désirent peu ou prou, il faut faire exister ce désir, dites-vous. Comment ?

Il ne faut pas faire de l'enfant un sujet tabou, bien au contraire. Il est nécessaire de le faire exister d'abord en tant que réalité en chair et en os, pour mieux se

convaincre de son caractère souvent non souhaitable dans le contexte. Il faut souvent le faire exister comme enjeu respectable, projet légitime en puissance et surtout objet naturel de désir à l'adolescence. Il est important qu'une adolescente sexuellement active bénéficie d'une contraception efficace, surtout si cette adolescente apparaît plus vulnérable ou plus à risque qu'une autre. Mais le plus important pour cette jeune fille est qu'elle saisisse bien et surtout s'approprie pleinement sa propre raison de ne pas vouloir, ou de ne pas devoir, faire un enfant maintenant. C'est là où nous pouvons être utiles et justifier, par défaut, la démarche contraceptive elle-même.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Pour en savoir plus :
www.planning-familial.org

Fil Santé Jeunes : une écoute personnelle sur la sexualité

La sexualité et en particulier la contraception sont les thèmes les plus souvent abordés par les adolescents qui appellent le service téléphonique Fil Santé Jeunes. Appels de détresse de jeunes filles enceintes, demandes urgentes d'adolescentes ayant eu un rapport sexuel non protégé : pour les professionnels au bout du fil, la prévention du risque de grossesse à l'adolescence passe par une transmission d'informations sur la contraception et le fonctionnement du corps. L'écoute, anonyme, permet de prendre en compte la singularité de chaque appelant.

Fil Santé Jeunes est un service d'écoute téléphonique destiné aux adolescents, concernant les questions de santé au sens large : physiques, psychiques et sociales. Les jeunes peuvent poser leurs questions par téléphone (1 977 appels en moyenne par jour) ou sur Internet (vingt-huit contributions au forum par jour, soit plus de dix mille par an et douze questions posées par mail en moyenne par jour, 4 380 par an).

On constate que le thème le plus fréquemment abordé par les adolescents est celui de la sexualité (38 % des appels et 40 % des mails). Ce sont majoritairement les filles qui s'adres-

sent à ce service pour avoir des informations assez générales mais aussi pour parler de ce qu'elles vivent. Questions sur la puberté, sur la pilule, demande d'informations à propos de l'IVG, besoin de parler de la rencontre amoureuse et des relations sexuelles, ces appels contribuent à un certain niveau à la prévention du risque de grossesse.

Sur le plan de la contraception, le moment de la prescription de la pilule semble être le point de départ de ce travail d'appropriation qui se fera dans le temps. Mais si l'adolescente a ainsi reçu des explications sur le fonctionnement

de la pilule à un moment donné, il lui faudra toutefois d'autres temps d'échanges pour intégrer ces informations à un niveau plus personnel. Un appel à Fil Santé Jeunes participe à ce chemin à parcourir pour se construire sa propre représentation de la contraception, au plus proche de la réalité. En effet, il s'agit d'une rencontre entre la réalité intérieure de l'adolescente, les fantasmes qui animent la vie psychique propre à cette période et la réalité extérieure du fonctionnement de la contraception. Les constructions imaginaires circulent entre les jeunes filles et viennent rencontrer les informations données par les professionnels.

L'anonymat et l'absence de face-à-face de l'appel ou du mail permettent aux jeunes filles d'exposer plus facilement leurs croyances au sujet de la pilule. En étant entendue et reconnue dans sa subjectivité, la jeune fille est plus à même d'intégrer des éléments nouveaux concernant la réalité du fonctionnement de son corps. On peut dire que l'information est nécessaire mais pas suffisante pour se responsabiliser face à la prise d'une contraception. Cet échange qui individualise l'appelante dans ce qu'elle vit est essentiel pour qu'elle se saisisse de ce qu'il y a à savoir. D'où l'intérêt d'un travail de partenariat à Fil Santé Jeunes entre écoutants, médecins et psychologues.

Rapport sexuel non protégé

Au fur et à mesure qu'elle comprend le fonctionnement réel de la pilule, la jeune fille se dégage d'une représentation magique de son effet. Cela vaut surtout pour la contraception d'urgence, dite aussi pilule du lendemain. Ce recours répond souvent à un besoin d'avoir une solution rapide pour annuler le risque pris. Une information plus objective sur les effets de cette pilule permet de prendre conscience des enjeux propres au rapport sexuel non protégé.

« Allô, j'ai oublié ma pilule samedi et mercredi, et là je sais plus combien de comprimés je dois prendre. » L'adolescence est une période de vie où l'on est

plus facilement dans l'instant que dans l'anticipation. Ce rapport au temps ne rend pas toujours facile la prise régulière d'une pilule. S'adresser à un professionnel signifie énoncer la manière dont une plaquette a été prise, permettant de prendre du recul et de retrouver des repères pour une prise moins aléatoire.

Scénarios inventés pour tester la réalité

« Allô, je suis enceinte, c'est le médecin qui me l'a dit, mon copain ne veut pas le garder et je sais pas comment le dire à ma mère ! » Les plus jeunes interpellent parfois les écoutants en inventant des « scénarios ». On y retrouve ce qui s'anime psychiquement chez l'adolescente autour de la question de la grossesse : la différence des générations, le désir d'enfant, la représentation de l'autre sexe, etc. Elles viennent tester auprès de l'adulte la crédibilité de leurs propos comme pour vérifier la réalité de ce risque de grossesse. Le fait de pouvoir le faire à travers l'imaginaire est plutôt bon signe. Ces échanges par téléphone ou Internet avec des professionnels peuvent diminuer les prises de risque réelles qui servent à tester la capacité du corps à concevoir un enfant.

De même, les échanges sur le forum où les jeunes filles se répondent entre elles leur permettent de s'identifier les

unes aux autres. En s'identifiant à celle qui demande de l'aide pour une pilule oubliée, un résultat de test positif ou une décision d'IVG, la jeune fille s'approche de son propre désir de grossesse. Ce sont autant de mouvements psychiques qui peuvent permettre de sortir du passage à l'acte.

La prévention du risque de grossesse à l'adolescence passe par une transmission d'informations concernant la contraception et le fonctionnement du corps. Cette information n'a de sens que si elle s'inscrit dans une écoute de ce qui se passe individuellement pour chaque jeune fille en prenant en compte la singularité de l'adolescence. L'appropriation de toutes ces informations ne peut avoir lieu que lorsque l'adolescente le décide, il s'agit donc de respecter sa temporalité.

Pauline Savoye

Psychologue, écoutante et rédactrice
à Fil Santé Jeunes.

Contact :

Prévention des grossesses à l'adolescence
Sur Fil Santé Jeunes
0 800 235 236
www.filsantejeunes.com

Aider une adolescente à choisir sa contraception : recommandation aux professionnels

Publiée fin 2004 par trois agences sanitaires dont l'INPES, la recommandation de pratique clinique sur les stratégies de choix d'une méthode contraceptive prend en compte la dimension médicale mais aussi psychologique et sociale dans la démarche d'aide au choix d'un type de contraception. Un guide pour les professionnels, qui souligne plusieurs points clés – par exemple recevoir l'adolescente sans ses parents – à suivre dans la pratique quotidienne.

La recommandation de pratique clinique intitulée « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme »¹, publiée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en décembre 2004, avait trois objectifs :

- faire le point sur les méthodes disponibles aujourd'hui en France et leurs indications ;
- présenter les facteurs psychosociaux à prendre en compte ;
- enfin, conseiller les professionnels de santé sur la manière d'aider la femme (et le couple) à choisir une contraception qui lui convienne, gage d'un meilleur suivi de la méthode choisie.

Ce document recommande aux prescripteurs (médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes) de dédier une consultation spécifique à la question de la contraception. La méthode « **BERCER** » – méthode de *counseling* bâtie en six étapes – peut aider à structurer cette consultation. Il s'agit d'accueillir la personne (**B**ienvenue), d'échanger avec elle sur les raisons de sa visite, ses besoins, ses souhaits et ses doutes (**E**ntretien), de l'informer sur les méthodes disponibles (**R**enseignement), de l'aider à choisir (**C**hoix), de lui permettre d'acquérir les savoirs et savoir-faire nécessaires au bon usage de la méthode choisie (**E**xplication) et, enfin, de programmer le suivi de la contraception (**R**etour).

L'adolescence est un moment particulièrement important pour aborder la

question de la contraception. Dix points revêtent alors une importance particulière dans une consultation avec une adolescente :

- recevoir l'adolescente sans ses parents (même si leur évocation dans la conversation reste importante) mais autoriser la présence de son partenaire ou d'une amie ;
- l'assurer de la confidentialité de l'entretien ;
- aborder sans *a priori* le sujet de la sexualité ;
- adapter la démarche à l'âge et aux besoins : éviter d'être intrusif, questionner graduellement l'adolescente sur ses camarades et sur ses propres habitudes de vie ; partir de ses représentations de la sexualité et de la grossesse, de ses projets et ses besoins ; le cas échéant, la rassurer sur sa normalité (transformations physiques, désirs, craintes, etc.) ; travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante d'avoir des rapports sexuels si elle n'en a pas envie (en prenant en compte le problème des violences sexuelles) ;

- ne pas hésiter à reporter les examens gynécologique et sanguins à une consultation ultérieure (sauf symptômes ou antécédents) ;
- aider l'adolescente à se projeter dans une utilisation future de la méthode envisagée, en abordant la question des freins à son utilisation (représentations, opinion du partenaire, coût, approvisionnement, accessibilité des services) ;
- discuter de la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule et des méthodes de rattrapage possibles en cas de non-utilisation ou de rupture de préservatif ;
- pour la contraception d'urgence, préciser que la délivrance est anonyme, non soumise à prescription et qu'elle est gratuite pour les mineures. Indiquer aussi les lieux où elle est disponible (pharmacies, infirmeries scolaires, centres de planification et d'éducation familiale) ;
- informer sur les infections sexuellement transmissibles et l'efficacité des préservatifs pour les prévenir ;
- prévoir un suivi régulier et rapproché.

Cécile Fournier

Médecin, conseiller technique, direction des Affaires scientifiques à l'INPES.

1. [http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDF/File/RA_LILF-67FL9/\\$File/contraception_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDF/File/RA_LILF-67FL9/$File/contraception_rap.pdf?OpenElement)

Un document de quatre pages visant à fournir aux prescripteurs des ressources pour mettre en œuvre une démarche d'aide au choix a été publié en 2005 dans la collection « Repères pour votre pratique » : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

Le Baromètre santé 2005 ausculte la santé des Français

Les Français s'estiment bien informés sur les dangers des produits addictifs (tabac, cannabis, alcool), sur la prévention du sida, sur la contraception et sur le cancer. En revanche, ils s'estiment insuffisamment informés sur l'état de l'environnement (pollution de l'air et de l'eau) mais également sur la dépression. Tels sont quelques-uns des enseignements du Baromètre santé que vient de publier l'INPES après avoir interrogé trente mille personnes.



Le Baromètre santé est devenu, progressivement, l'outil de référence de la mesure des comportements, connaissances et croyances de la population française en matière de santé. Grâce à la stabilité de la majeure partie du questionnaire depuis sa création, en 1992, il permet une analyse de l'évolution des comportements de santé au fil des générations. La dernière enquête menée auprès de trente mille personnes aborde, en plus des thèmes suivis – tabac, alcool, drogues, sexualité... –, deux thématiques nouvelles : l'activité physique et la dépression.

Cet article, qui fait suite à la présentation méthodologique de l'enquête dans le dernier numéro de *La Santé de l'homme*, aborde l'opinion et la per-

ception des Français sur les grands thèmes de santé ainsi que les premières estimations de la prévalence de la dépression.

Les Français se disent bien informés

Campagnes de prévention et niveau d'information

Pour la plupart des thèmes de santé qui leur étaient proposés, la majorité des Français se déclare bien informée. C'est particulièrement le cas dans les domaines pour lesquels des campagnes d'information nationales ont été réalisées. Ainsi, neuf personnes sur dix environ se déclarent « *plutôt bien* » ou « *très bien* » informées à propos du tabac et de l'alcool, deux thèmes pour lesquels une augmentation significative de la connaissance est constatée depuis 2000 (de 6 à 7 points en moyenne) (*Tableau I*).

Même phénomène concernant le cannabis : la proportion de personnes bien informées sur ce produit est passée de 41,6 % à 56,3 % en cinq ans (la première campagne nationale sur ce thème a eu lieu en février 2005). Les autres thèmes pour lesquels les Français affirment être bien informés sont le sida (85,5 %), la contraception (84,2 %) et le cancer (70,9 %).

À l'inverse, les personnes affirment être mal informées vis-à-vis des thèmes environnementaux : 56,4 % se sentent « *plutôt mal* » ou « *très mal* » informées sur la pollution de l'air et 62,8 % affirment être mal informées sur la pollution de l'eau. La perception du niveau d'information des personnes interrogées au

sujet des vaccinations a diminué depuis 2000 (-8 %). Interrogés pour la première fois dans le domaine de la dépression, seuls 44,2 % des Français se disent « *plutôt bien* » ou « *très bien* » informés.

Pour l'ensemble des thèmes, les femmes se déclarent mieux informées que les hommes.

Campagnes de prévention et perception des craintes

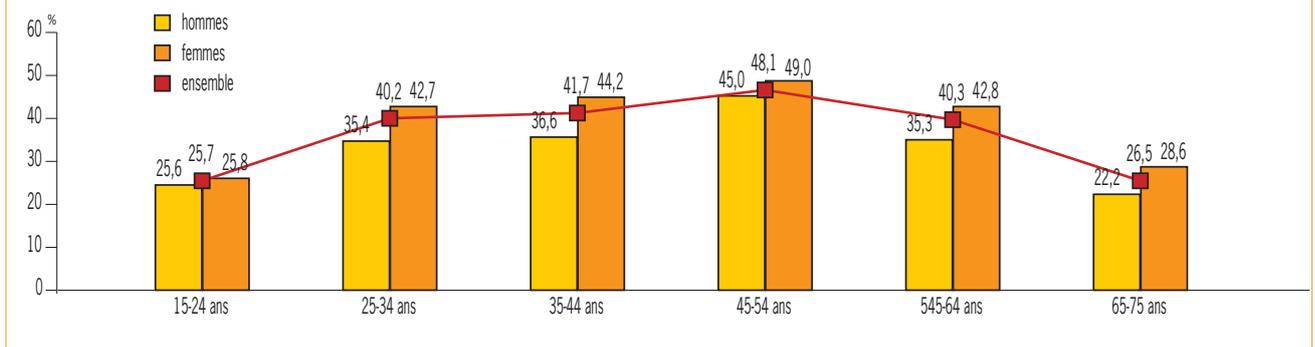
Les trois principales craintes de la population sont toujours : les accidents de la circulation (58,1 % des personnes disent les redouter), le cancer (54,9 %) et la consommation de produits pollués ou transformés (42,7 %). Ces craintes ont cependant diminué de manière significative entre 2000 et 2005 : respectivement, -7 %, -2 % et -30 %.

Tableau I : Évolution des pourcentages de personnes âgées de 12 à 75 ans déclarant se sentir « bien » ou « très bien » informées, entre 2000 et 2005

	2000	2005
Tabac	86,1	91,8
Alcool	81,1	87,2
Sida	85,4	85,5
Contraception	82,9	84,2
Cancer	–	70,9
Vaccination	72,1	66,4
Alimentation	62,2	62,4
IST (en dehors du sida)	55,1	61,4
Cannabis	41,6	56,3
Dépression ¹	–	44,2
Pollution de l'air	47,7	43,2
Pollution de l'eau	34,7	36,8

1. Thème non proposé en 2000.

Figure 1 : Proportion des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé (EDC) et ayant eu recours aux soins pour raison de santé mentale au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge.



Le Baromètre confirme la corrélation entre, d'une part, l'augmentation du niveau de l'information sur une problématique de santé, et, d'autre part, la diminution de la crainte par rapport à cette même problématique. Ce lien entre information perçue et crainte s'observe dans cette enquête quelle que soit la maladie (infections sexuellement transmissibles, cancer, maladies dues au tabac ou à l'alcool, etc.).

La dépression

Une minorité de personnes dépressives consulterait...

En 2005, 7,8 % des personnes interrogées auraient souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC)¹ au cours des douze derniers mois ; les femmes étant deux fois plus concernées (10,4 % contre 5,2 % chez les hommes). Dans la majorité des cas, il s'agissait d'épisodes moyens ou sévères² (7 %) et

d'épisodes récurrents ou chroniques (5 %). Ce sont les personnes de plus de 55 ans qui présentent le moins d'épisodes dépressifs. Seule une minorité de personnes dépressives déclare avoir consulté pour raison de santé mentale au cours de l'année (38,3 %). Les hommes, les jeunes et les personnes âgées sont les personnes qui ont le moins eu recours aux soins (respectivement : 33,7 % ; 25,7 % et 26,4 %) (Figure 1).

...mais serait correctement prise en charge

Parmi celles qui ont consulté, 67,4 % ont bénéficié d'un traitement adapté à la dépression au regard des connaissances dont on dispose en matière de bonnes pratiques cliniques : antidépresseurs (59,4 %), psychothérapie (28,2 %) et millepertuis (1,6 %). La plupart des personnes affirment que leurs problèmes se sont améliorés à la suite de l'aide qu'elles ont reçue (62 %

d'amélioration et 18,4 % de guérison). Cette amélioration ne s'est pas révélée significativement différente selon le type de traitement utilisé (pharmacologique, psychologique, mixte).

Conclusion

Il est évident qu'il n'est pas possible de présenter tous les résultats de cette vaste enquête dans cette rubrique. Les autres thèmes abordés : le tabac, l'alcool, l'usage de drogues illicites, la pratique d'activité physique, les actes de violence, la vaccination, le dépistage des cancers, la contraception et la sexualité, les accidents de la vie courante³. La publication début 2007 d'un nouvel ouvrage permettra d'approfondir ces thématiques en multipliant les analyses en fonction de critères socio-démographiques, socio-économiques et régionaux.

Philippe Guilbert

Coordinateur du Baromètre santé à l'INPES.

Un recours accru à la pilule du lendemain

Parmi les multiples résultats qu'il présente, le Baromètre santé 2005 de l'INPES liste les moyens contraceptifs les plus employés : la pilule représente la principale méthode contraceptive utilisée (57,2 %), devant le stérilet (21,9 %) et le préservatif masculin (20,9 %). En cas d'échec de contraception, les femmes savent qu'elles peuvent avoir recours à la contraception d'urgence. Cependant, le délai maximal dans lequel la pilule du lendemain doit être prise n'est connu que par une minorité d'entre elles (11,7 %), tandis que le message de son accès libre en pharmacie est assez bien passé, surtout auprès des plus jeunes.

Il ressort de l'enquête baromètre que plus d'une femme sur dix (13,7 %) a déjà eu recours à la contraception d'urgence, suite le plus souvent à un problème de préservatif (32,5 %) un problème de pilule (24,9 %) ou un rapport sexuel non protégé (21,8 %). Pour 7,5 % des femmes, le recours à la contraception d'urgence n'a pas suffi à éviter une grossesse.

1. Dépression diagnostiquée par un médecin/trouble de l'humeur résultant de l'interaction d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

2. On parle d'épisode moyen lorsque les événements déclencheurs de la dépression (perte de l'être aimé, chômage, deuil, etc.) viennent réactiver une dépression latente largement conditionnée par des schémas anciens et inconscients de dysfonctionnements élaborés dans l'enfance. Par contre, la dépression sévère est caractérisée par des troubles aigus de l'humeur associés à des troubles du sommeil ou de l'alimentation, et cela sur une longue durée.

3. Les résultats concernant l'ensemble de ces thématiques sont présentés dans l'ouvrage intitulé : Baromètre santé 2005 – Premiers résultats, éditions INPES, 176 pages, 18 euros. Sont consultables en ligne et téléchargeables, la présentation méthodologique, les synthèses des thématiques et deux chapitres sur : www.inpes.sante.fr

Million Dollar Baby : débattre sur la prise de risques

Couronné aux Oscars, ayant réuni un million de spectateurs en France, *Million Dollar Baby* aborde frontalement le thème de l'exposition à la violence pour réussir socialement, ici via la boxe. Le film est aussi un point de départ pour débattre avec les adolescents autour de la question éthique sensible de l'euthanasie. « Million » est ainsi un outil pour ouvrir un débat philosophique autour de la santé et de la prise de risques.

**Un film de Clint Eastwood
États-Unis, 2004, 2 h 12**

Le film

C'est l'histoire d'une relation complexe entre deux personnalités différentes, Maggie, une jeune boxeuse, et Frankie, un entraîneur âgé qui refuse d'abord de croire aux chances de cette femme obstinée mais déjà trop âgée, selon lui, pour monter sur le ring. Après des débuts difficiles, l'histoire de leur relation prend des allures de « *success story* » à l'américaine ; mais les événements vont bientôt prendre une tournure inattendue...

À quels spectateurs est destiné le film ?

Le film, par la complexité des relations mises en images, par la dureté également de certaines scènes, s'adresse à un public averti et relativement mûr (à partir de 15 ans environ). Les pistes d'animation proposées ici sont plus particulièrement destinées à un public en situation scolaire.

Relations à la problématique santé

Million Dollar Baby ne traite pas à proprement parler d'un thème de santé, mais, de façon plus profonde, il questionne (ou permet de questionner) des enjeux aussi essentiels que notre rapport au corps et à son apparence, la définition de l'identité sexuelle, la valeur que nous donnons à notre présent et à notre futur... À travers l'histoire singulière de Maggie et de Frankie, la fiction permet ainsi notamment aux spectateurs de mesurer la place que l'on peut, que l'on veut ou que l'on doit accorder à la santé dans « l'économie »



D.R.

générale de notre propre existence. C'est dans cette perspective que l'animation proposée ici a été conçue : elle s'adresse en particulier à un public adolescent qui est confronté à différents choix de vie dont le sens et la valeur sont certainement perçus comme problématiques.

Deux thèmes nous retiendront de façon plus particulière

Tout en racontant une histoire singulière, *Million Dollar Baby* joue, comme la plupart des films de fiction, sur des affects et des émotions qui sont sans doute universels ou du moins largement partagés. Ainsi, l'identification au personnage central de Maggie repose en partie sur la peur ou l'angoisse que peuvent susciter les atteintes au corps propre dues à une violence subie. La boxe est évidemment un sport où « l'on prend des coups », où l'on en donne aussi, mais un peu de réflexion nous fait facilement percevoir le fait que

le film de Clint Eastwood sollicite sans doute moins notre « agressivité » naturelle que des sentiments de crainte quant à la violence dont pourrait être victime la jeune femme. C'est le cas en particulier d'une scène marquante où Maggie a le nez cassé par son adversaire : son entraîneur le remet alors en place et stoppe l'hémorragie en la prévenant cependant qu'elle n'a plus que quelques secondes pour abattre son adversaire avant que le sang ne se remette à couler. Cette séquence, qui répète d'ailleurs la scène d'ouverture où Frankie soignait de la même manière un jeune boxeur noir, montre cette fois clairement le visage crispé de l'entraîneur qui arrêterait sans doute le match sans la volonté obstinée de sa boxeuse ; on entend en outre distinctement le bruit de l'os ou du cartilage au moment où il est remis en place, ce qui suscite sans doute chez beaucoup de spectateurs une réaction d'effroi ou de recul (au moins mental...).

Le fait que Maggie soit une femme accentue certainement une telle réaction : la violence, qu'elle soit subie et donnée, est dans notre société (mais pas uniquement...) « affaire d'hommes », et le corps féminin est au contraire évalué en fonction d'une apparence à laquelle il ne faut en aucun cas porter atteinte, et qui doit être préservée et embellie. Que ce soit là affaire de convention et d'imaginaire – la violence faite aux femmes est malheureusement une terrible réalité – ne rend pas moins efficaces de telles représentations : Maggie, en choisissant une carrière « masculine », heurte peu ou prou notre « sensibilité » et nous confronte à un choix de vie qui est – pour la plupart des spectateurs au moins sur le plan émotionnel – « dérangeant » (rares sinon exceptionnels seraient par exemple les parents qui choisiraient une telle carrière pour leur fille).

Par ailleurs, le film de Clint Eastwood joue sur une ambivalence de sentiments, sans doute partagée par de nombreux spectateurs : la boxe est un sport à risques tout en étant synonyme pour les meilleurs (ou les plus chanceux) de gloire et de réussite. Pour Maggie, l'aventure d'abord marquée par le succès se terminera en effet de façon tragique, la laissant finalement gravement handicapée. Deux points de vue vont alors s'affronter, celui de la jeune femme qui accepte d'une certaine manière le prix à payer d'une carrière dont un accident n'efface pas la réussite antérieure, et celui de Frankie, son entraîneur, qui se sent responsable (au moins partiellement) de cet accident et du terrible handicap qui en résulte. Cette confrontation répète cependant un conflit antérieur entre Frankie et un autre de ses boxeurs, Scrap, qui, bien qu'ayant perdu un œil sur le ring, estime néanmoins qu'il a eu « sa chance » et qu'il a eu raison de vouloir la saisir à ce moment-là, quelles qu'en aient été les conséquences.

On perçoit facilement que le film « donne raison » sans doute à Maggie (et à Scrap) puisque Frankie acceptera de mettre fin aux jours de Maggie, considérant donc que la vie qui lui reste ne vaut pas la peine d'être vécue (devenue tétraplégique, incapable de survivre sans assistance respiratoire, Maggie demande à Frankie de la laisser mourir, ce qu'il refusera dans un premier

temps, essentiellement pour des raisons religieuses). En cela, le film de Clint Eastwood est assez conforme à une idéologie américaine qui valorise surtout la réussite individuelle pouvant prendre la forme la plus matérielle qui soit : le rêve américain de Maggie consiste notamment à devenir la « Million Dollar Baby », la fille qui, par la boxe, gagnera un million de dollars.

Il ne s'agira pas ici de dénoncer ni d'approuver cette dimension idéologique (qui devrait d'ailleurs être nuancée) mais plutôt d'en faire percevoir le caractère problématique surtout lorsqu'on considère l'aspect exceptionnel de la situation mise en scène.

Suggestion d'animation

L'objectif de l'animation proposée autour de *Million Dollar Baby* ne saurait être de modifier des comportements ni même des attitudes profondément ancrées. Si l'on considère par exemple la prise de risque que constitue la carrière choisie par Maggie, on sait bien que de tels comportements sont plus fréquents parmi les adolescents que chez les adultes, mais il est clair que tous les adolescents (notamment parmi ceux qui participeraient à une telle animation) ne sont pas des « casse-cous » et que certains sont même particulièrement timorés... Semblablement, si le film met en jeu des craintes ou des angoisses liées aux atteintes au corps propre, celles-ci sont sans doute vécues très différemment selon le sexe mais également à l'intérieur de chaque sexe : toutes les jeunes filles et jeunes femmes n'ont évidemment pas le même souci de leur apparence, et certaines sans vouloir nécessairement se lancer dans une carrière de boxeuse peuvent néanmoins s'identifier plus ou moins intensément à un personnage comme Maggie.

Face à un public nécessairement hétérogène, il serait donc naïf de vouloir promouvoir une bonne attitude – par exemple, « ne prenez pas de risques inutiles » –, et il paraît plus raisonnable de favoriser une confrontation des opinions et indirectement une explicitation sinon une prise de conscience des attitudes personnelles de chacun.

Une première étape consisterait classiquement à demander aux jeunes participants leurs impressions immédiates sur le film. On s'attacherait notamment

aux scènes les plus « marquantes », c'est-à-dire celles qui ont suscité, positivement ou négativement, des réactions émotionnelles importantes. Sans préjuger de ces réactions, on peut penser qu'elles porteront notamment sur les deux grands thèmes que l'on a précédemment dégagés.

L'animateur essaiera en particulier d'amener les participants à expliciter les raisons – sans doute plus ou moins confuses – de leurs réactions positives ou négatives. L'utilisation d'un questionnaire écrit pourrait être ici un outil efficace.

Un tel questionnaire, qui porterait d'abord sur la carrière choisie par Maggie, serait composé de deux grands volets selon que l'on se sent proche ou non du personnage :

1. *« Personnellement, vous vous sentez éloigné(e) de la volonté de Maggie de devenir une boxeuse professionnelle parce que :*

- les risques pour la santé sont trop importants ;
- la boxe, c'est la violence : il faut aimer se battre et donner des coups ;
- c'est une carrière qui demande trop d'entraînement, trop d'efforts ;
- je n'ai pas envie de me retrouver avec le nez cassé ;
- c'est un sport d'hommes ;
- Maggie choisit cette carrière parce qu'elle n'a pas d'alternative ;
- c'est une compétition où l'on n'a pratiquement aucune chance de gagner (et beaucoup de perdre...).

2. *Personnellement, vous comprenez la volonté de Maggie de devenir une boxeuse professionnelle parce que :*

- pour réussir, il faut savoir prendre des risques et tenter sa chance au bon moment ;
- c'est une carrière inhabituelle pour une femme ;
- ça permet à Maggie de sortir de son milieu et de monter à sa famille de quoi elle est capable ; et elle ne veut pas ressembler à sa famille ! ;
- c'est un sport qui permet de s'affirmer et qui oblige à surmonter sa peur ;
- il vaut mieux une carrière brève mais réussie qu'une vie de travail sans éclat ;
- c'est une carrière exceptionnelle, que l'on choisit parce que c'est une espèce de rêve et qu'on veut aller jusqu'au bout ;



D.R.

• *c'est une manière d'éprouver ses propres limites, de savoir jusqu'où on peut aller* ».

Chaque participant devra se limiter à un seul choix, le plus proche de ses convictions ou sentiments. L'animateur passera ensuite en revue les différentes réponses du questionnaire en demandant à chaque fois quels sont les participants qui y ont répondu positivement. Ceux-ci seront alors invités à justifier leur choix en se référant d'abord au film de Clint Eastwood et aux événements mis en scène. Des réactions plus personnelles (au-delà de l'histoire de *Million Dollar Baby*) pourront éventuellement compléter ces premières réflexions.

L'animateur suggérera ensuite des situations contradictoires pour inciter les différents participants à nuancer leurs prises de position. Ainsi, on pourrait demander à ceux et celles qui défendent la prise de risque quelles limites ils envisagent pour de tels comportements. On s'interrogera à ce propos sur l'histoire de Maggie, qui est évidemment construite de manière à rendre inéluctable son issue dramatique : il suffit d'imaginer que Maggie ait été victime du même accident lors de son premier combat alors qu'elle n'était qu'une boxeuse inconnue pour faire apparaître, d'un côté, la dimension artificielle du récit (évidemment destiné à favoriser certaines émotions) et, de

l'autre, le caractère démesuré des risques pris dans une telle carrière. Or tous les jours, des sportifs amateurs sont victimes d'accidents parfois aussi dramatiques que celui de Maggie sans qu'ils en aient évidemment retiré la « gloire » de la jeune boxeuse.

À l'inverse, le refus de la violence – évidemment légitime – peut également poser problème dans certaines circonstances : le fait que les jeunes filles soient en général rétives à toute violence sinon incapables même d'y répondre risque bien de les mettre en situation dominée dans leurs relations avec les hommes, que cette domination soit seulement verbale ou dans certains cas malheureusement strictement physique. Dans ces circonstances, la pratique d'un sport de combat – sans doute moins violent que la boxe – ne serait-il pas un moyen pour prendre une assurance qui autrement risque de faire défaut, même s'il ne s'agit pas évidemment de répondre à la violence par la violence ? Sur ce point, le personnage de Maggie, peu « féminin » selon les critères habituellement en vigueur, suscite néanmoins la sympathie sinon l'admiration pour sa capacité à s'imposer moralement face à Frankie qui joue d'abord au vieux cynique et n'hésite pas à la rabaisser.

D'autres personnages ou d'autres situations du film peuvent également être évoqués pour stimuler la discussion et l'émergence de points de vue

différents : ainsi, le personnage de Danger, ce jeune paumé qui croit obstinément qu'il sera le futur champion du monde des poids welter malgré son manque évident de talent, est un peu une figure inversée de Maggie : tous deux veulent aller au bout de leurs rêves, mais la réussite de l'une se paie au prix fort tandis que l'échec de l'autre ne l'empêche pas de poursuivre obstinément dans la même voie (il réapparaît au gymnase à la toute fin du film en reprenant une parole de Scrap : « *N'importe qui peut perdre un match* »). Dans ce cas aussi, il ne s'agit pas d'imposer une interprétation ni un jugement de valeur mais d'interroger les dimensions contradictoires du personnage : a-t-il raison de s'obstiner dans une carrière où il n'a aucune chance de réussite ? Jusqu'où faut-il persévérer dans la voie qu'on s'est choisie, malgré les échecs rencontrés ? La vie vaut-elle la peine d'être vécue sans un rêve à accomplir ?

Sans doute, de telles questions semblent dépasser le champ de l'éducation à la santé et nous entraîner vers un questionnement de type philosophique. On propose donc, après cette discussion qui risque de glisser vers des opinions trop générales, de demander aux participants de répondre par écrit et de façon individuelle aux questions suivantes :
– « *Est-ce que, aujourd'hui, je prends des risques par rapport à ma santé ? Lesquels ?* » ;
– « *Quel(s) risque(s) suis-je prêt à prendre malgré tout par rapport à ma santé ?* » ;
– « *Quels sont les risques que je ne suis pas prêt à prendre pour ma santé ? Quels sont les risques que je pourrais envisager de réduire ?* ».

Ces textes pourront servir à la réflexion personnelle de chacun. Mais ils pourront également être remis à l'animateur pour mieux connaître le public auquel il s'adresse, et servir ainsi de base à une rencontre ultérieure.

Michel Condé

Docteur ès lettres, animateur,
Centre culturel Les Grignoux (Liège).

Pour en savoir plus :
<http://www.grignoux.be>



Bravo,
vous faites désormais partie des gens qui n'ont pas peur
d'approcher une personne séropositive.