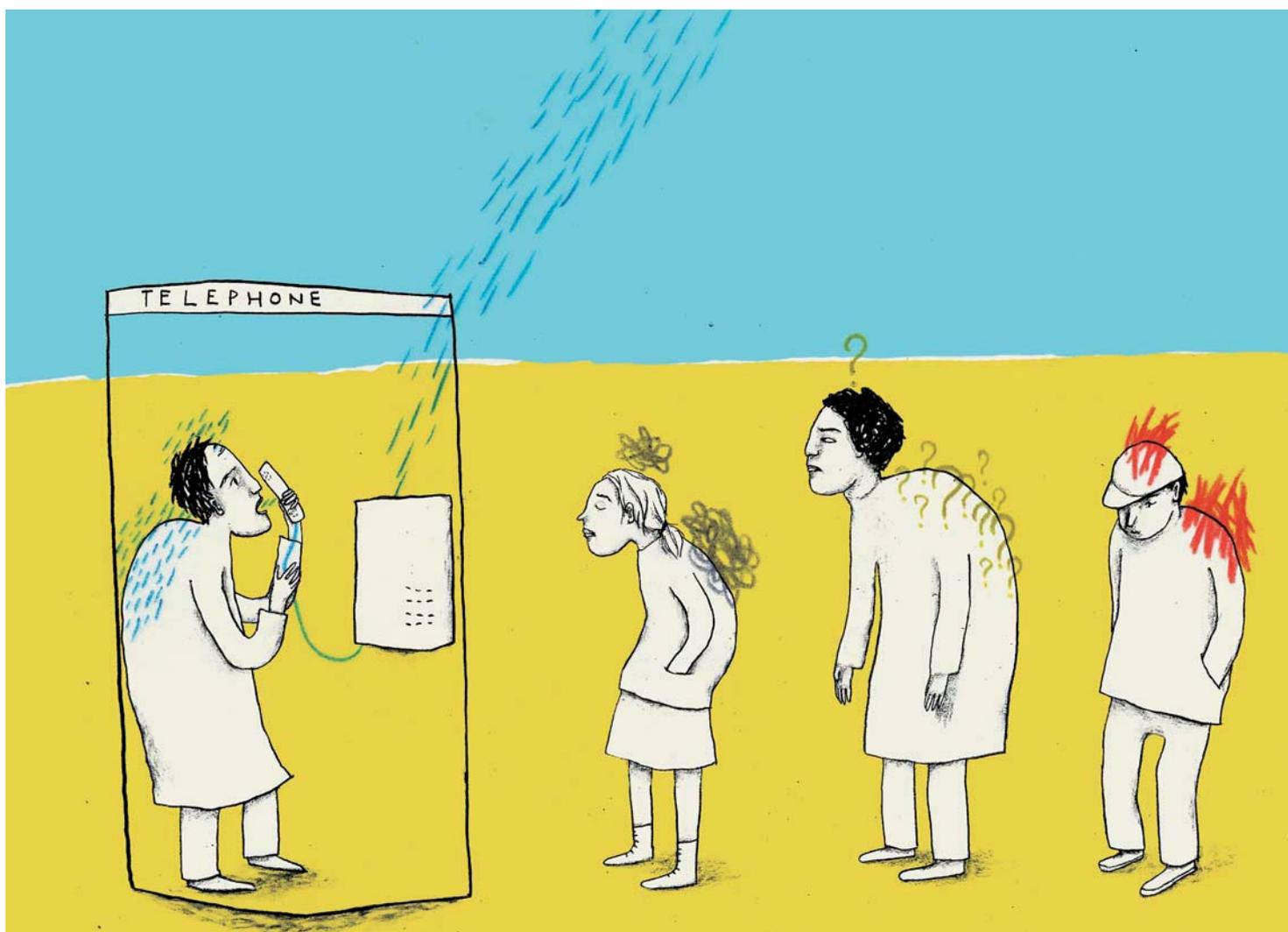


numéro 373

Septembre-Octobre 2004 - 6 €

# LA Santé

de l'homme



## La santé au bout du fil

### Sida et traitement

Le réseau de solidarité de Aides

### Cinésanté

La norme sociale, revue par Almodovar

### Lectures

Prévenir le suicide chez les jeunes

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

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**  
<christine.ferron@inpes.sante.fr>  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>  
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**  
<abeq@club-internet.fr>  
La santé en chiffres : **Hélène Perrin-Escalon**  
<helene.perrin@inpes.sante.fr>  
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**  
<mclamarre@ihpe.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 : Centre de documentation  
<doc@inpes.sante.fr>

**COMITÉ DE RÉDACTION :**  
**Laure Carrère** (Service de santé de la mairie de Nanterre), **Dr Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (INPES), **Laurence Fond-Harmant** (Société française de santé publique), **Catherine Gaquière** (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Sylvie Giraud** (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), **Philippe Lecorps** (École nationale de santé publique), **Éric Le Grand**, **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Sylvie Rizo** et **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 : 3<sup>e</sup> trimestre 2004.  
 Tirage : 12 000 exemplaires.

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

**Vous travaillez dans les secteurs  
de l'éducation, de la santé ou du social ?**

# LA Santé de l'homme

**Un outil de travail et de réflexion pour  
les acteurs de l'éducation pour la santé.**

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention
- actualiser vos connaissances



**Je souhaite m'abonner au tarif :**

- France métropolitaine  
1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine  
2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants  
1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer  
1 an (6 numéros) **38 €**

Soit un montant de ..... €

**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.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- 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.
- Personnes âgées : restaurer le lien social, N° 363.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.

**Soit un montant total de ..... €**

Ci-joint mon règlement par

- chèque bancaire
- chèque postal à l'ordre de l'INPES
- Veuillez me faire parvenir une facture

Nom .....

Prénom .....

Organisme .....

Fonction .....

Adresse .....

Date et signature : .....

## ► Éducation du patient

**L'Université des personnes en traitement**  
Thierry Prestel ..... 4

## Dossier

### La santé au bout du fil

**L'éducation pour la santé peut aussi passer par le téléphone**  
Brigitte Cadéac, Yves Ferrarini, Karina Oddoux ... 7

### Éditorial

**Au croisement de l'intime et du social**  
Philippe Lamoureux ..... 8

### Lignes téléphoniques dédiées à la santé : état des lieux et débat

**La téléphonie sociale, ses vertus et ses limites**  
Philippe Lecorps ..... 9

**La voix, une ressource exceptionnelle dans l'entretien téléphonique**  
Alice Holleaux ..... 11

**À partir de l'intime, un lieu d'exercice de la santé publique**  
Nadège Pierre, Pierre Poitou ..... 13  
Encadré : À chaque appelant sa situation d'urgence

**« Il y a une recherche étonnante de dialogue »**  
Claire Macé ..... 16

**La téléphonie sociale n'est pas un Hygiaphone !**  
Baptiste Cohen ..... 17

### Les services de téléphonie sanitaire et sociale : niveau d'audience et degré de satisfaction

**Des lignes téléphoniques encore méconnues**  
Marie Choquet, Delphine Morin, Christine Hassler .. 20

**Un service apprécié des usagers, y compris les jeunes**  
Marie-Odile Simon ..... 21

### Le métier d'écouter : profil, qualifications et compétences

**Écouter en téléphonie sociale : des compétences établies mais non reconnues**  
Claude Juillard, Xavier Bertin ..... 24  
Encadré : Appelants, écoutants : témoignages

**Devenir écoutant à Suicide Écoute : un parcours à part**  
Isabelle Chaumeil-Gueguen ..... 28

**« Parler fait exister et peut réduire la souffrance »**  
Pierre Satet ..... 30

### Qui appelle et pour quoi ? Voyage dans quelques services d'écoute

**Cancer Info Service : distinguer l'information de l'écoute**  
Philippe Mourouga ..... 32

**Christophe : « Des questions qu'ils n'osent pas poser à leur médecin »** ..... 34

**Sida : un accompagnement spécifique avec « Ligne de vie »**  
Nadège Pierre ..... 36

**« Des personnes qu'on ne verrait jamais en entretien en face-à-face »**  
Annick Verret ..... 37

**Derrière le tabacologue, une technique d'entretien téléphonique**  
Henri-Jean Aubin ..... 39

**Tabac Info Service : ceux qui appellent pour « ne pas craquer »**  
Francine Jolival, Catherine Minot ..... 41

### Information et soutien : l'émergence d'Internet

**Addictions : des réponses par téléphone ... et sur Internet**  
Denis Guigon ..... 44

**Pour en savoir plus**  
Anne Sizaret, Olivier Delmer ..... 47

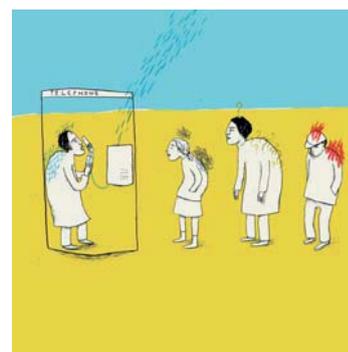
**Les principaux services de téléphonie sanitaire et sociale en France**  
Viêt Nguyen-Thanh ..... 49

## ► Cinésanté

**La Mauvaise Éducation, une réflexion comportementale d'Almodóvar**  
Michel Condé ..... 51

## ► Lectures-outils

**Sandrine Broussouloux, Olivier Delmer, Fabienne Lemonnier, Anne Sizaret ..... 55**



Illustrations :  
Géraldine Alibeau

## L'Université des personnes en traitement

**Face à l'enjeu que représente l'observance thérapeutique lors de l'infection par le VIH, l'association Aides a mis en place un dispositif de formation original : l'Université des personnes en traitement. Organisé sur un mode collectif, il fait appel à la transmission de savoirs, au partage d'expériences et au soutien mutuel.**

L'Université des personnes en traitement, conçue par Aides, association communautaire (1), est un stage résidentiel de cinq jours destiné à cinquante personnes atteintes par le VIH. Elle a été créée en 2000, par le comité Provence de Aides. Ce comité organisait déjà des « week-ends thérapeutiques », sessions de formation destinées aux personnes séropositives. L'Université des personnes en traitement est née de cette expérience et du constat que, lors des week-ends, le temps manque pour un travail approfondi.

Les comités Aides ayant fusionné dans le cadre d'une association unique, l'Université des personnes en traitement est devenue un projet national. Elle a ainsi pu bénéficier d'autres financements, en particulier de la part de la

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), ce qui a permis, à partir de 2003, de l'organiser dans différentes régions et d'élargir le recrutement des participants. Quatre Universités des personnes en traitement ont eu lieu entre 2000 et 2003, avec la participation d'environ deux cents personnes séropositives au total. La prochaine aura lieu en novembre 2004.

### L'observance, un enjeu majeur

La création de l'Université des personnes en traitement est liée à la prise de conscience progressive du rôle de l'observance thérapeutique par l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre le sida. Les traitements antirétroviraux – destinés à contrôler l'infection par le VIH – hautement efficaces, souvent appelés trithérapies, sont

disponibles depuis 1996-1997. Pour offrir une efficacité durable, ils imposent une observance de 95 % à 100 % (2). Or, l'observance thérapeutique moyenne constatée dans les maladies chroniques est de 50 % (3) : on mesure l'effort qu'exigent les traitements antirétroviraux de la part des personnes séropositives.

Des recherches dans le champ de l'infection par le VIH montrent que l'observance n'est pas déterminée *a priori* par la situation ou les capacités de la personne mais qu'elle est « *une variable dynamique, jamais définitivement acquise mais, au contraire, fluctuante au cours du temps et dépendant des événements qui surgissent dans la vie des personnes* » (4), c'est-à-dire « *un phénomène instable, dynamique et modifiable* » (5). Les interventions visant à améliorer et maintenir l'observance sont donc souhaitables, ce dont témoignent les recommandations officielles (2).

### Quels choix pédagogiques ?

L'Université des personnes en traitement porte principalement sur trois facteurs influant sur l'observance et, plus largement, sur la qualité de vie des personnes séropositives :

- les savoirs et les savoir-faire concernant la vie avec les traitements ;
- la relation entre les personnes et le système de soins ;
- le réseau social des personnes (sortir de l'isolement, s'entraider, etc.).

La création de l'Université des personnes en traitement s'est appuyée sur le modèle des colloques scientifiques, apportant aux participants une information validée et de haute qualité,

d'une part, et sur la démarche habituelle de Aides en termes d'action communautaire, d'autre part. Une pédagogie fondée sur la transmission de savoirs a été associée à une approche favorisant le partage d'expériences et le soutien mutuel entre participants.

Parallèlement aux intervenants associatifs, l'Université fait appel à des médecins spécialistes pour contribuer à cette transmission de savoirs, sous la forme de conférences. Ces conférences (appelées « séances plénières ») portent sur des thèmes comme l'évolution de l'infection par le VIH, le rôle des traitements, les stratégies thérapeutiques, etc.

Le recours à des médecins pour animer ces sessions permet de renforcer les partenariats entre l'association et les professionnels de santé. Il vise aussi, en conduisant les médecins et les personnes séropositives à se rencontrer dans un cadre associatif collectif très différent du contexte de la consultation, à influencer sur leurs représentations mutuelles.

## Partage d'expériences

Les conférences en séances plénières alternent avec des ateliers où les participants, en groupes de dix à douze personnes, travaillent sur les thèmes abordés en séance plénière ou sur d'autres thèmes, comme la prévention, l'organisation des prises de médicaments, la gestion des effets indésirables des traitements, etc. Animés par des militants de Aides, ces ateliers associent information et prise de parole des participants. Favoriser le dialogue autour des stratégies personnelles peut aider chacun à améliorer les siennes, en s'aidant de l'expérience des autres.

Tout aussi importants pour cette dynamique sont les temps informels : pauses, repas, soirées (consacrées à des activités de détente et de convivialité). Les participants y discutent librement, sans cadre imposé, et l'on peut alors véritablement parler d'autosupport, de soutien mutuel. C'est le troisième objectif majeur de l'Université des personnes en traitement. Il est d'autant plus pertinent que de nombreuses personnes séropositives se trouvent isolées en raison des conséquences sociales de la maladie et de la discrimination dont celle-ci et les personnes qui en sont atteintes continuent à faire l'objet.

Enfin, si l'information et le dialogue portant sur les aspects biomédicaux constituent l'essentiel de l'Université, d'autres thèmes intéressant les personnes séropositives et ayant un effet sur leur santé sont également abordés, notamment les aspects juridiques et sociaux ou encore, sous forme d'ateliers laissés « au choix », des sujets intéressant certains participants : homosexualité, consommation de drogues, hépatites virales, être femme et séropositive, désir d'enfant, etc.

## Quel dispositif d'évaluation ?

Ce dispositif se fonde principalement sur trois autoquestionnaires anonymes. Le premier est remis aux participants au début de l'Université, le deuxième à la fin de celle-ci, le dernier est envoyé à leur domicile six mois après. Ces questionnaires portent sur des indicateurs sociodémographiques, médicaux, psychosociaux (intégrant l'échelle de dépression du CES-D) et sur des savoirs concernant l'infection par le VIH et les traitements. L'échelle de dépression comporte une succession de propositions, les unes correspondant à des symptômes dépressifs, les autres à des critères de bien-être psychologique. Le questionnaire demande aux personnes d'indiquer avec quelle fréquence ces propositions les concernent. Son analyse aboutit à un score. Le dépassement d'un seuil correspond à la dépression, d'autant plus sévère que le score est élevé.

La collaboration entre Aides et des unités de recherche en sciences humaines (Inserm U379/Observatoire régional de la santé Paca ; laboratoire de psychologie sociale de l'université d'Aix-Marseille I) a permis d'approfondir la démarche d'évaluation pour l'une des Universités des personnes en traitement, organisée en 2003 :

- une évaluation qualitative a été menée à partir d'entretiens individuels, suivis d'un traitement des données par logiciel spécialisé ;
- les questionnaires ont fait l'objet d'un traitement statistique et d'une analyse plus élaborée que ceux que permettent habituellement les moyens dont dispose l'association.

## Quels résultats ?

Le détail du travail d'évaluation dont certains éléments ont fait et d'autres vont faire l'objet de publications scientifiques pourra être communiqué aux lecteurs intéressés. Pour cet article, nous nous situerons, de manière pragmatique, comme militant de Aides contribuant, parmi bien d'autres, à l'organisation de prochaines Universités des personnes en traitement et souhaitant réfléchir aux effets de l'action et aux orientations qu'il pourrait être souhaitable de lui donner.

L'analyse des questionnaires en début et fin d'Université montre la satisfaction d'une très grande majorité de participants, qui estiment que ce

qu'ils ont appris va leur « servir dans la vie de tous les jours ». Les aspects jugés les plus positifs sont : les discussions entre participants ainsi que la vie de groupe et la convivialité ; l'apport de connaissances permettant la compréhension ; les intervenants associatifs et professionnels. Les critiques et les demandes portent principalement sur : le rythme trop soutenu ; le souhait de disposer de plus d'espaces d'expression ; le désir que la qualité de vie soit un thème davantage abordé, sous ses différents aspects.

Lors de l'évaluation qualitative à partir d'entretiens, les participants témoignent de bénéfices concernant l'information et la compréhension (notamment à propos de l'observance), ainsi que la sociabilité (sortir de l'isolement, rencontrer d'autres personnes séropositives). Cette évaluation met aussi en lumière des attentes prioritaires (information ou sociabilité) différentes selon les participants.

L'analyse des questionnaires « six mois après » n'est pas achevée au moment où nous rédigeons cet article. Les premiers éléments montrent surtout une diminution globale du score de dépression dans un contexte où, parmi les effets de la dépression, figure le fait d'être un facteur de risque majeur, reconnu, de non-observance.

Cependant, l'évolution de la dépression n'est pas la même pour tous les participants. Parmi les différentes variables, c'est le fait d'avoir une charge

virale détectable (indiquant une efficacité non optimale du traitement) au moment de l'Université qui semble le plus lié à l'absence d'amélioration de la dépression six mois après. Il paraît donc nécessaire d'accorder une attention particulière à cette situation.

Enfin, ce questionnaire ainsi que les constats effectués par l'association montrent l'intérêt d'articuler plus étroitement l'Université des personnes en traitement avec les actions menées par les délégations Aides, afin que cet événement contribue davantage au développement de la dynamique communautaire.

### Quelles orientations pour l'avenir ?

Lorsque l'ensemble des résultats de l'évaluation aura été analysé, une réflexion associant les différents acteurs de Aides impliqués dans les Universités des personnes en traitement et éventuellement d'autres partenaires sera proposée. On peut faire l'hypothèse que cette réflexion portera à la fois sur les objectifs et sur les moyens mis en œuvre, tant pendant l'Université que dans son accompagnement par les délégations Aides, avant et après sa tenue. Il s'agirait tout à la fois de prendre acte des points forts de cette action et de chercher à mieux l'adapter aux besoins différents – bien mis en évidence par l'évaluation – des personnes séropositives susceptibles d'y participer.

**Thierry Prestel**

Responsable action thérapeutique et santé,  
Aides, siège national, Paris.

## Profils des participants

Voici quelques éléments complémentaires concernant l'Université des personnes en traitement, qui a fait l'objet d'une évaluation approfondie en 2003. Ils sont issus du questionnaire remis en début d'Université :

- 52 personnes séropositives (39 hommes et 13 femmes) y ont participé ;
- âge : 29 à 60 ans (moyenne : 42 ans) ;
- tous les modes de contamination sont représentés ;
- 35 personnes ont été inscrites par Aides, 8 par des médecins, 9 par des associations partenaires ;
- 65 % des répondants sont en traitement depuis au moins cinq ans ;
- 55 % des répondants ont une charge virale détectable (indiquant une efficacité non optimale du traitement) ;
- 43 % des répondants déclarent respecter scrupuleusement les indications médicales concernant la prise de leur traitement ;
- 40 % des répondants déclarent un soutien faible ou absent de la part de leur famille et 30 % un soutien faible ou absent de la part de leurs amis.

## Remerciements

La rédaction de cet article n'aurait pas été possible sans les informations qui nous ont été communiquées par Bruno Spire et par Dominique Blanc (therapeutique@aidesdr-paca.org), de Aides Rhône-Alpes Méditerranée. L'évaluation qualitative (par entretiens) a été réalisée par Marie Préau, Céline Allavena, Michel Morin (Inserm U379/ORS Paca, laboratoire de psychologie sociale de l'université Aix-Marseille I). La synthèse des évaluations a été réalisée par Guylène Cayre (stagiaire en DESS Psychologie sociale de la santé), encadrée par Dominique Blanc.

## ► Références bibliographiques

- (1) Charte de Aides.
- (2) Delfraissy J.-F. (sous la dir.). *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts, rapport 2002*. Paris : Éditions Médecine-Sciences Flammarion, 2002 : 402 p.  
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/delfraissy/sommaire.htm> [dernière visite le 2/09/04]
- (3) World Health Organization. *Adherence to long-term therapies : evidence for action*. Genève : WHO, 2003: 191 p.  
En ligne : [http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/) [dernière visite le 2/09/04]
- (4) Tourette-Turgis C., Rébillon M. *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique*. Paris : Comment dire, 2002 : 176 p.  
En ligne : [http://www.counselingvih.org/fr/publications/sommaire\\_guideobservance.php](http://www.counselingvih.org/fr/publications/sommaire_guideobservance.php) [dernière visite le 2/09/04]
- (5) Morin M. De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales. In : Bessette D., Bungener M., Costagliola D., et al. *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*. Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2001 : 5-20.  
En ligne : <http://www.anrs.fr/index.php/article/articleview/1022/1/341> [dernière visite le 2/09/04]

# La santé au bout du fil

## L'éducation pour la santé peut aussi passer par le téléphone

La téléphonie sociale est née du monde de la solidarité, dans les années soixante. Elle s'est développée à l'initiative d'associations militantes puis des services de l'État, pour qui le téléphone est un excellent moyen d'établir des relations avec les citoyens dans le domaine de la santé publique. Avec le temps, la relation d'aide par téléphone s'est affirmée comme complémentaire des interventions traditionnelles du social, du psychologique et du médical. La téléphonie sociale est aujourd'hui intégrée aux dispositifs de prévention et de soins. Le téléphone constitue ainsi un outil d'accompagnement des politiques de santé publique, accessible au plus grand nombre et au plus près de chacun : on décroche son combiné et on accède immédiatement à un soutien, une orientation, des réponses aux questions que l'on se pose. Si certains services constituent des pôles thématiques (sida, suicide, tabac, cancer, drogues, hépatites, soins palliatifs, etc.) et populationnels (jeunes, personnes âgées, etc.), tous ont développé une forme d'expertise en matière d'écoute et de counselling. L'objectif ? Aider l'appelant à faire face, à développer et/ou restaurer son autonomie, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion, l'accompagner vers un mieux-être.

Les services téléphoniques sont souvent identifiés par le grand public comme des lignes « SOS » mais, dans la pratique, les appels d'urgence représentent une minorité des sollicitations. Il n'en reste pas moins que l'appelant cherche une aide immédiate, économique en matière d'argent, de déplacement et de temps. Inutile de se préparer, on peut se présenter sans atours. L'émotion n'a pas à être retenue. Déprime, chagrin, violence subie, sexualité, les sujets qui semblaient tabous sont évoqués, détaillés. Tout ou presque peut se raconter, se dévoiler au téléphone.

L'écouter écoute, incite à la parole, évalue. Il est là sans être là. L'écoute n'est pas « béante ». Elle soutient, elle canalise. L'appelant dévoile son histoire, sans regard, à distance mais si proche de celui qui l'écoute, proche à lui parler dans l'oreille. L'intérêt de ce type d'échange est essentiellement constitué par le jeu entre distance et proximité, qui permet de dévoiler sans être identifié tout en vivant un entretien personnalisé.

Le recours au téléphone est particulièrement adapté à notre époque même s'il ne résout pas tout : pas de prise en charge, pas de diagnostic, pas de prescription médicale évidemment. Mais les professionnels de la santé et de l'éducation peuvent s'appuyer sur ces services dans leur

pratique quotidienne. Donner un numéro de téléphone, c'est souvent permettre à la personne de commencer une démarche, faire un premier pas, plus tard, un jour, juste pour voir. Et aller plus loin peut-être. L'entretien téléphonique sert alors souvent de passerelle vers des lieux de prise en charge.

Ces dispositifs téléphoniques sont nombreux et il n'est pas toujours facile de s'y retrouver entre les numéros nationaux, régionaux, les dénominations qui se recoupent, les financements privés et publics, etc. L'objectif de ce dossier est de les présenter dans leur diversité, leurs valeurs fondatrices, les missions qu'ils remplissent et ainsi tenter de donner un éclairage sur ce qu'ils peuvent offrir au public en matière de prévention et d'éducation à la santé.

**Brigitte Cadéac,**  
**Yves Ferrarini**  
**et Karina Oddoux.**

Dossier coordonné par **Brigitte Cadéac**, École des parents et des éducateurs (EPE), responsable du Fil Santé Jeunes, **Yves Ferrarini**, Directeur de Sida Info Service et **Karina Oddoux**, chargée de mission à l'INPES.

## Au croisement de l'intime et du social

Historiquement, c'est le milieu associatif qui, dans les années soixante-dix, a « inventé » la téléphonie sanitaire et sociale, avant que les services de l'État ne prennent l'initiative de développer de nouveaux dispositifs. Particulièrement adaptés aux interrogations des citoyens concernant leurs comportements individuels, les services téléphoniques d'information et de soutien se situent au croisement de l'intime et du social.

Aujourd'hui, ces services se sont considérablement développés. On dénombre au moins une trentaine de services nationaux œuvrant dans le champ de la santé, si l'on prend en compte ceux soutenus par les pouvoirs publics et/ou dirigés par des associations reconnues d'utilité publique. Certaines régions, villes, assurances complémentaires de santé telles les mutuelles, soutiennent ces lignes qui représentent un excellent moyen d'entrer en contact direct avec leurs habitants ou leurs adhérents et de leur apporter un service concret.

**« Dans un contexte paradoxal où cohabitent la surconsommation des outils de communication et un certain effritement du lien social, chaque année des centaines de milliers de personnes font appel à un service téléphonique pour y trouver une information ou un soutien face à une situation difficile ».**

Dans un contexte paradoxal où cohabitent la surconsommation des outils de communication et un certain effritement du lien social, ce sont chaque année des centaines de milliers de personnes qui font appel à un service téléphonique pour y trouver une information, une orientation ou un soutien face à une interrogation, un doute, une situation difficile.

En 2002, l'INPES – dans le cadre de ses programmes de prévention et d'éducation pour la santé – s'est vu confier par les pouvoirs publics le pilotage d'une partie de ces services de téléphonie sociale. L'Institut subventionne ainsi des services téléphoniques comme le Fil Santé Jeunes, qui accueille les appels des jeunes dans les domaines de la santé physique ou psychologique et dans le champ social ; Sida Info Service

qui propose une information, une orientation et un soutien dans le domaine du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles ; Hépatites Info Service ; la Ligne Azur dont la mission est de prévenir les conduites à risques auprès des personnes se posant des questions sur leur identité sexuelle ; VIH info soignants ; la Ligne de vie qui propose un suivi aux personnes atteintes de maladies chroniques ; la Ligne 6, dispositif expérimental en milieu carcéral ; Suicide Écoute et les services téléphoniques locaux de la Fédération SOS Suicide Phénix. L'INPES gère intégralement le service téléphonique national d'aide à l'arrêt du tabac mis en place par l'ex-CFES ; il travaille également en étroite collaboration avec des services téléphoniques qu'il ne finance pas directement, comme ceux concernant les drogues ou le cancer.

Alors que la téléphonie sociale se développe rapidement, force est de constater que le téléphone n'est pas un outil traditionnellement utilisé dans le champ de l'éducation pour la santé. La question se pose donc de savoir pourquoi et comment la relation d'aide par téléphone s'est peu à peu affirmée comme complémentaire des interventions traditionnelles dans le domaine social, psychologique et médical.

Qui sont les personnes qui font appel aux services de téléphonie sanitaire et sociale ? Qui sont les écoutants, quelles sont leurs compétences ? Quelles sont les pratiques de la téléphonie sanitaire et sociale et dans quelle mesure les acteurs de terrain peuvent-ils s'y adosser dans leur pratique quotidienne ?

À l'heure où nous assistons à une multiplication des projets de services téléphoniques pour accompagner les plans nationaux de santé publique, que ce soit sur la fin de la vie, la dépendance des personnes âgées, la lutte contre le cancer ou les crises sanitaires, *La Santé de l'homme* se propose pour la première fois de faire le point sur l'apport de la téléphonie sociale en matière d'éducation pour la santé.

**Philippe Lamoureux**  
Directeur général de l'INPES.

# La téléphonie sociale, ses vertus et ses limites

**Peut-on faire de l'éducation pour la santé au téléphone ? Philippe Lecorps, psychologue et enseignant en santé publique, a exercé dans le passé la fonction de « répondant » à SOS Amitié. Se fondant sur l'évolution de la téléphonie sociale au cours des dernières années, il analyse ce qu'il perçoit comme l'intérêt et les limites de ce service.**

La téléphonie sociale participe-t-elle au développement des politiques publiques de santé ? L'éducation pour la santé par téléphone, est-ce possible ? Voilà les questions posées. Pour y répondre, il nous faut éclairer le champ de la téléphonie sociale et décrire succinctement les conditions qui peuvent en faire un outil d'appui à l'éducation pour la santé.

La notion de « téléphonie sociale » a été proposée en 1991, lors d'un colloque européen « Familles au bout du fil. Les services téléphoniques en questions », organisé par la Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs, la Fnepe. Cette notion réunit sous la même enseigne un grand nombre d'associations et d'organismes utilisant le téléphone comme média. Pour autant, cette apparente identité recouvre aujourd'hui un champ de pratiques tout à fait composite.

## « Une socialisation brève mais stimulante »

Dans leur étude (1), Michel Chauvière et Brigitte Frotiée ont décrit les évolutions de la téléphonie sociale en trois grandes étapes. D'abord, en 1960, s'est créée SOS Amitié, association à dominante humanitaire animée par des bénévoles qui offrent une écoute vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux personnes en détresse. L'anonymat de l'appelant et de l'écouter est préservé, la confidentialité de l'échange garantie, l'empathie de l'écouter est convoquée et le non-jugement du discours de l'appelant la règle. Joseph Haeringer (2), son secrétaire général, souligne alors que ce nouveau service social unit dans

une même pratique les dimensions individuelle et collective, trop souvent dissociées. Il s'agit, selon lui, « d'une parole personnelle et intime dite à l'insu des autres à un inconnu, à travers une organisation, elle est orientée vers la collectivité, elle le concerne. Une certaine socialisation s'y opère, très brève, très faible, mais stimulante et réelle, qui constitue l'enjeu social de SOS Amitié. » Ce premier service de niveau national a beaucoup inspiré les successeurs.

C'est la dimension sociale qui caractérise la deuxième phase avec la création, en 1971, d'Inter Service Parents. L'initiative est suivie par de nombreux dispositifs, le plus souvent privés et militants : SOS Couples en 1975, SOS Enfants en 1977, Allô Petite Enfance en 1979, SOS Écoute Gaie en 1979, SOS Parents-Enfants en 1980, SOS Femmes Viol Information en 1986, SOS Violences conjugales en 1992, mais aussi publics, avec le Centre d'information sur la régulation des naissances, la maternité et la vie sexuelle (Cirm).

Au milieu des années quatre-vingt, la troisième étape est franchie, celle du développement de services plus directement liés à l'action de l'État : Croix-Rouge Écoute en 1988, le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (Snatem) en 1989, Drogues Info Service en 1990, Sida Info Service en 1990, Fil Santé Jeunes en 1995. Ces dernières années, d'autres numéros d'appel ont été créés pour répondre à des situations d'urgence, tels le 114 contre les discriminations raciales, le 115 pour les sans-abri ou le 119 Allô Enfance Maltraitée, Allô Maltraité

des personnes âgées et SOS violence conjugale.

Ainsi, il existe aujourd'hui près d'une cinquantaine de numéros d'appel présents sur le territoire. Cette prolifération de la téléphonie sociale marque à la fois la faillite des structures de proximité d'information, d'accueil et d'accompagnement en cas de crise, mais aussi celle de la montée en puissance de l'individu qui, du lieu de sa solitude, veut accéder rapidement à l'information, voire au conseil, dans l'anonymat de l'appel, sans se lier à quiconque.

## Ne pas se couper des nécessaires rencontres

Il est vrai que la relation téléphonique présente de nombreux avantages. Le développement des téléphones portables en fait un média facile d'accès. La disponibilité de l'opérateur, sa préparation à recevoir toute question et à y répondre, l'anonymat protecteur de la transaction, l'expertise supposée de l'écouter sont des atouts indéniables. Le téléphone est un outil idéal pour la transmission d'une information adaptée à la singularité de l'appelant. Dans le meilleur des cas, cette relation de parole permet une confrontation des points de vue, un échange sur les représentations, les opinions et les croyances, mais aussi une ouverture sur l'environnement, les structures existantes, les services disponibles.

En revanche, ces mêmes avantages peuvent se retourner en obstacles. La grande accessibilité du média favorise les appels parasites. L'instantanéité de l'appel va à l'encontre du temps néces-

saire à l'élaboration d'une demande et l'appropriation de la réponse. L'anonymat et l'absence de face-à-face protègent d'un engagement personnel dans la démarche. Certains opérateurs témoignent de véritables phénomènes d'addiction à l'appel téléphonique, des appels réitérés, ritualisés à des heures et des jours fixes, qui nourrissent une dépendance dont ni l'écouter, ni l'appeler n'arrivent à se déprendre. L'opacité de la demande est accentuée du fait de l'absence physique du demandeur. Et, plus paradoxal encore, si le téléphone, qui favorise le contact des plus isolés, renforçait dans le même mouvement l'isolement de l'appelant qui se coupe ainsi de la rencontre rude mais nécessaire avec les personnes de son environnement ? C'est cette complexité du lien entre l'appelant et l'écouter qui rend problématique l'exercice de la fonction éducative au téléphone.

### L'appropriation de l'information, une phase délicate

En effet, si les politiques publiques de santé peuvent s'afficher dans des messages clairs et volontaristes par téléphone comme par d'autres médias, les nécessités de l'éducation exigent un mode opératoire plus complexe. Une relation éducative ne peut se réduire à

un passage d'information, chacun le sait. L'éducation pour la santé vise à favoriser les choix des personnes, à promouvoir des conduites favorables à la santé, à tisser des liens sociaux de responsabilité vis-à-vis de soi-même et de solidarité dans la communauté d'appartenance. Cela nécessite une appropriation par la personne des informations qui la concernent. Au téléphone, la relation de parole sera éducative si par la magie de la voix et la profonde attitude d'écoute se crée une relation suffisante – dite de transfert – qui élargisse la liberté de l'appelant. Celle-ci exige du temps pour se construire, de la confiance et de la répétition.

Les services d'écoute à vocation généraliste, tels que SOS Amitié, Croix-Rouge Écoute, Inter Service Parents et Fil Santé Jeunes se situent dans cette position d'accompagnement par la parole d'une question, d'une angoisse de l'appelant. Leur finalité est de créer par un processus d'écoute, basé sur des valeurs de solidarité, une rencontre, un échange verbal qui aide la personne, pour autant que ce soit possible, à vivre un moment difficile et dépasser l'obstacle qu'elle ne pouvait franchir seule. On est là dans un processus appelé en santé publique de prévention primaire, c'est-à-dire ce moment de rencontre relativement ouvert dont les effets attendus sont un meilleur ancrage dans la vie, un échappement à la fatalité. SOS Amitié, par exemple, accueille des personnes en danger de vie, séduites par un passage à l'acte suicidaire. L'ambition est de restaurer un lien de parole, même ténu, qui les relie à la communauté des vivants et les réinscrit dans une vie possible pour eux. Le Fil Santé Jeunes, de même SOS Écoute Gaie, par des entretiens de compréhension des questions touchant à l'intimité, à la sexualité et ses tiraillements, permettent à l'appelant de se reconnaître comme un être singulier avec ses difficultés, mais aussi comme appartenant à la communauté humaine.

### Permettre à l'appelant de faire un retour sur sa vie

D'autres numéros d'appel, tels Sida Info Service, Drogues Info Service, etc., sont plus spécialisés sur des thématiques médicales. L'évolution des courbes d'appel est très liée à l'événementiel : découverte scientifique, apparition d'un nouveau traitement, campagne

d'information, voire actualité judiciaire. On l'a vu aussi bien lors du développement de l'épidémie à VIH que vis-à-vis de la lutte antitabac ou des débats sur les drogues dites douces. Pour autant, si leur dominante reste liée à l'information, le but des échanges est plus largement de permettre à l'appelant de faire un retour sur sa vie, d'élargir ses possibilités de choix, d'agrandir son périmètre de liberté et lui faciliter l'exercice de sa responsabilité vis-à-vis de lui-même et des autres.

Pour contribuer à une démarche éducative, les écoutants bénévoles et professionnels ont acquis une expertise dans la relation de parole à distance. L'absence physique des interlocuteurs multiplie les risques de quiproquo. Comme au carnaval, l'appelant avance masqué. L'écouter sait que la parole première n'est le plus souvent qu'une simple accroche. L'écouter s'efforce d'entendre et d'offrir à la personne les éléments utiles à la compréhension de sa propre situation. L'écouter connaît ses propres limites et tente de clarifier les brouillages du discours dus à la situation de séparation. L'un des buts n'est-il pas d'aider la personne à abandonner les sécurités apparentes de l'anonymat et le confort supposé de cette rencontre virtuelle, au profit d'un ancrage plus charnel dans le réseau des réponses disponibles au sein de la communauté ? En effet, le but de tout entretien n'est-il pas que la personne reprenne le cours de sa vie, son autonomie retrouvée et rassurée sur une relation possible de soutien au sein de son réseau social de proximité ?

**Philippe Lecorps**

Psychologue,  
Enseignant de santé publique  
à l'École nationale de la santé publique  
(ENSP), Rennes.

### ► Références bibliographiques

- (1) Chauvière M., Frotiée B. *La téléphonie sociale : perspectives sociologiques*. Revue française des Affaires sociales, n° 2, avril-juin 1998 : 167-79.
- (2) Haeringer J. *Appel à l'inconnu, l'écoute téléphonique à SOS Amitié*. Toulouse : Privat, 1980 : 256 p.

# La voix, une ressource exceptionnelle dans l'entretien téléphonique

**Qu'elle soit stressée, agressive, posée ou confiante, la voix est l'unique vecteur de communication entre l'appelant et l'écouter en téléphonie sociale. Alice Holleaux, psychologue, souligne à quel point la voix de l'appelant peut influencer – positivement ou négativement – l'écouter dans son travail. De la même façon, l'écouter pourra utiliser sa voix comme un outil majeur dans la conduite de l'entretien, tout en finesse et avec des techniques très précises.**

La voix donne à voir par sa musique d'abord et la qualité de celle-ci. Même si le consultant doit faire abstraction du caractère plaisant ou déplaisant de la voix au bout du fil, il la ressent agréable, désagréable ou neutre, et doit évaluer l'effet produit par cette musique sur son écoute, notamment pour n'en pas déduire, ce qu'il est facile de faire, que le caractère de l'appelant doit ressembler à sa voix.

Musique qui est aussi hauteur de ton, cette source d'erreurs pour le consultant : voix grave que l'on salue d'un « *bonjour Monsieur* » et qui parfois rétorque, rieuse ou fâchée, « *non, moi, c'est bonjour Madame* ». Voix aiguë de la prépuberté dont on ne sait pas si elle est fille ou garçon. Voix lasse à l'en croire âgée et dont la jeunesse revient d'un rire ou d'un mot.

Voix porteuse encore de multiples signes socioculturels, éléments importants si souvent utilisés même inconsciemment par le consultant, qu'il faut bien en parler un peu malgré le petit nombre de ceux qui reconnaissent utiliser ce signe. Rare est pourtant le consultant qui n'échafaude pas une hypothèse, même inconsciente, sur le milieu auquel appartient l'appelant parce qu'il a telle ou telle voix, et cela bien avant d'avoir sur le réel de cette appartenance la moindre information autre que cette voix. Rare est celui qui, classant une voix distinguée ou vulgaire, n'en a pas déduit une origine ou une appartenance socioculturelle ; rare

est aussi celui qui dans ses hypothèses ne s'est jamais trompé.

La voix est, enfin, tonalité émotionnelle : voix sereine, équilibrée, voix émue encore que maîtrisée, voix vibrante de colère, étouffée par les pleurs, coupée par l'émotion, voix atone de la dépression, etc.

Que de renseignements apportés par cette seule voix, que de signes écoutés avec attention par le consultant, qui s'en servira pour avancer dans la nécessaire connaissance qu'il doit acquérir de l'appelant, pour « voir », peu à peu, se dessiner le cadre de vie de celui-ci. (...)

## Sans attente

Ce peut être une véritable irruption d'une voix chargée d'une si grande quantité d'émotion qu'elle surprend les consultants s'ils sont plus habitués aux entretiens dans un bureau qu'aux dialogues au téléphone. En effet, ces deux types d'entretien n'autorisent pas, dans leur début en tout cas, l'expression d'une égale quantité d'émotion.

Quand l'appel au téléphone est appel au secours, il est souvent passage à l'acte, expression verbale du raptus. L'anxiété, la peur submergent l'appelant même dans son univers le plus familier. Il décroche son téléphone dans l'instant : émotion alors sans contrôle qui arrive au bout du fil à l'état brut. Cela peut rarement se produire lors d'un début d'entretien dans un bureau.

En effet, la prise de rendez-vous, le délai d'attente, le déplacement, le fait d'avoir dû s'habiller pour sortir et d'arriver chez un autre, favorisent la reprise d'un certain contrôle de ses émotions ; alors qu'il est si instantané d'appeler de chez soi, au moment de l'affect et alors que l'angoisse et la demande d'aide sont quasi simultanées, leur seule distance pouvant être le temps de composition du numéro et le délai d'attente d'un consultant disponible.

Ce rapport au temps rend insupportable la plus petite attente car si l'on appelle tout de suite, c'est pour obtenir une écoute et une réponse sur-le-champ. La moindre minute de délai rend les voix irritées. Puissance de l'appelant qui décide du moment où il sonne et obtient un technicien de l'écoute dès que lui-même a choisi de sonner. Rétablissement d'une certaine égalité entre « celui qui sait » mais qui doit écouter à ce moment-là et celui qui souffre mais qui décide de l'instant où il dira sa souffrance. Double est le pouvoir sur le temps de l'appelant car, maître du moment où il appelle, il reste maître du moment où il termine car il peut toujours raccrocher, ce qui est plus rarement décidé par le consultant. (...)

## Espace familial

Par rapport à l'espace comme par rapport au temps, l'entretien téléphonique rééquilibre les pouvoirs en faveur de l'appelant. Cela se joue autour d'être ou ne pas être, pendant l'appel sur son territoire. L'appelant est souvent dans sa

propre demeure, espace privé dont il est maître, parce que chez lui. D'où plus de liberté, plus d'aisance pour parler, mais aussi plus de place pour une expression émotionnelle peu contrôlée dans cet espace où se vit l'affect quotidien de l'appelant, lieu de ses joies, de ses peines et peut-être aussi des difficultés pour lesquelles il appelle.

Et, dans cet espace sien, son corps est là, présent, plus libre d'être chez lui, peut-être en robe de chambre, en pantoufles, depuis son fauteuil familial, voire du fond de son lit ; en tout cas moins guindé que dans un bureau de consultation, plus détendu de n'être pas vêtu « comme pour sortir », situation où l'on doit protéger son corps d'un certain nombre de dangers, le froid, la pluie, mais aussi le regard de l'autre. Et la voix en est changée, moins « en visite », moins dominée, voix de chez soi, voix de soi-même assis, couché ou debout, ce qui n'est plus la même voix, tous les chanteurs vous le diront, eux qui chantent debout. En est changée aussi l'aisance du discours. N'est-on pas plus libre de dire ce qui fait mal si le regard parcourt un décor familial, si la main peut se rassurer en serrant un accoudoir connu ; n'est-on pas moins fragile d'être au milieu de ses meubles ? (...) Le pouvoir alors se rééquilibre en faveur de celui qui appelle depuis chez lui. (...)

### Une bulle transitionnelle

(...) Grâce au rapprochement des discours qui s'écoutent et se répondent, grâce à l'histoire de vie qui se dit d'un côté et s'entend de l'autre, se dessine un décor nouveau, un nouvel espace de relation, une bulle de communication. (...) Appeler quand on veut, raccrocher quand on le décide est impossible dans le réel du face-à-face d'un bureau, mais possible au bout du fil. (...) Une relation irréductible à aucune autre, portée par deux voix séparées de leurs corps, relation partiellement illusoire, mais permettant par son illusion même une avancée encore impossible en face-à-face et permettant aussi des dires, des bribes d'histoires racontées qui font évoluer l'appelant vers ce mieux-vivre qu'il recherche. (...)

Trois risques existent alors. Le premier est que le consultant cherchant à imposer sa volonté ou à séduire n'obtienne qu'un effet nul. C'est alors un moindre mal, mais l'appelant reste, lui,

avec des difficultés non résolues et une souffrance intacte : un entretien pour rien. Le deuxième risque est d'obtenir un effet négatif, l'appelant se bloquant à l'écoute d'un consultant trop autoritaire ou trop séducteur, rejetant et la relation transitionnelle et les paroles de celui avec qui il aurait pu construire cette relation. Effet négatif qui peut faire régresser l'appelant vers des positions défensives rendant difficiles un autre appel à l'aide et repoussant donc l'espérance d'un mieux-être. Le troisième risque est d'obtenir un effet d'emprise par la voix, les mots, la suggestion. Situation un peu analogue alors à l'hypnose, l'appelant restant seul avec sa suggestion sitôt l'appel terminé. (...)

### Les mystères du silence

(...) Il lui faut savoir interrompre le silence sans faire monter l'angoisse. Un « *où en sommes-nous maintenant ?* » peut ramener dans le réel, dans le moment présent et le « nous » permet parfois en maintenant l'idée d'une situation réunissant l'appelant et le consultant de recréer la bulle de communication si elle était en voie de se rompre. (...) On peut ainsi repérer chez l'appelant dont le silence était signe de choc une reprise de parole marquée par des hésitations, par l'allongement du temps de réponse, par une baisse du niveau verbal, par un recul de la grammaire. L'articulation, la respiration, la voix sont altérées, pendant un temps au moins.

Si le silence est un avatar de l'entretien, il mène à un déblocage parfois, une fois le choc passé, foudroyant de la parole. Alors revient un discours qui n'est plus régressif ni ralenti, mais parfois bousculé, pressé de se dire au plus vite. Avatar peut-être, mais à l'issue alors favorable.

### Rupture de la bulle

(...) Au bout du fil, il faut prendre le temps d'indiquer par les seuls signes disponibles, les mots et la voix, qu'il va bientôt être l'heure de terminer cet entretien. La voix du consultant se fait plus égale, reprend avec des mots déjà entendus ce qui a pu se dire et qui facilitera l'après-entretien, répète parfois à maintes reprises la phrase qu'il semble utile de laisser comme trace. Elle laisse ouverte la possibilité d'un rappel, fait se clore l'entretien par petites touches. Mais l'appelant parfois s'angoisse : comment sortir de cet espace privilégié d'é-

coule quand le réel est très douloureux ? Et pourtant il ne faut pas prolonger. (...) Comme nous l'avons vu, quand l'émotionnel affleure, que le système de défense de l'appelant n'est pas bloqué, l'essentiel peut s'être dit plus vite qu'en face-à-face. Cela ne signifie ni que le temps puisse être accéléré en entretien express et minuté, ni que la séparation soit facile. Mais on peut avoir dit beaucoup dans un entretien n'excédant pas une demi-heure. Le consultant apprend, peu à peu, quand et comment il peut terminer l'entretien. Lorsqu'il sait avoir à interrompre celui-ci, il n'introduit plus de question nouvelle pour ne pas angoisser l'appelant ; il garde une voix calme qui prolonge l'ambiance d'écoute tout en faisant savoir par ses mots qu'il est temps d'arrêter.

(...) L'entretien terminé, le téléphone raccroché, commence ce moment qui n'est plus la parole, cet au-delà du dialogue où seules en demeurent les traces. Des mots, des intonations restent encore dans l'oreille et dessinent leurs cercles sur l'eau de la mémoire, prolongeant le travail commencé. Jusqu'au jour où l'appelant décidera de faire à nouveau l'expérience de ce dialogue singulier des voix au bout du fil, en entretien téléphonique.

**Alice Holleaux**

Psychologue,

Directrice de la Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs, Chargée de cours à Paris-VII, Responsable de 1984 à 1987 d'Inter Service Parents Ile-de-France, service de réponse téléphonique.

Cet article présente une synthèse d'un texte auparavant publié dans le Bulletin de psychologie et dont voici les références : Holleaux A. *Les modulations de la voix dans les entretiens par téléphone*. Bulletin de psychologie, tome 43 (14-17), n° 396, juillet-août 1990 : 696-702.

# À partir de l'intime, un lieu d'exercice de la santé publique

**Que peuvent écouter les professionnels et jusqu'où peuvent-ils aller dans cette écoute ? Nadège Pierre et Pierre Poitou, psychologues, soulignent l'importance pour la téléphonie sociale de s'inscrire dans un cadre éthique bien défini. Avec des exigences dans la méthode et le savoir-faire, afin que la téléphonie sociale soit bien un outil de prévention et d'éducation pour la santé.**

Sur quels fondements s'appuie la téléphonie sociale ? Quelles que soient les techniques utilisées au cours d'un entretien téléphonique de ce type, les professionnels qui écoutent ont recours à des disciplines reposant sur des théories multiples : relation d'aide, communication, psychologie cognitivo-comportementaliste, *counselling*, psychanalyse. Rares sont les services où règne un intégrisme absolu de telle ou telle théorie, tel ou tel courant. Les écoutants ont souvent une pratique enrichie de ces différentes approches ; ils puisent dans l'une ou l'autre selon le thème traité et surtout la situation particulière de la personne qui appelle.

Chaque service de téléphonie sociale est investi de missions, et donc de pratiques professionnelles spécifiques. Chacun de ces services s'adresse donc à une population et/ou à une thématique, par exemple les jeunes et leur santé, ou le VIH. L'anonymat, la prise en compte de l'individu dans sa globalité, le non-jugement sont les règles partagées dans tous ces services. À partir de ces règles d'éthique, les missions d'information, de prévention et d'accès aux soins sont prépondérantes. L'entretien doit permettre à l'appelant d'être davantage acteur de sa santé et lui offrir la possibilité de faire des choix pour adapter ses comportements en fonction de ses valeurs et de ses capacités.

## Une pratique clinique spécifique

Faire de la prévention au téléphone, c'est développer une pratique clinique spécifique. Entre l'échange par téléphone et le face-à-face physique, la notion de temps est totalement différente. Au téléphone, pas de préambule,

la thématique contenue dans le nom de la ligne facilite l'énonciation du problème de l'appelant. Bien sûr, certains n'osent pas dire de quoi il s'agit, hésitent, cherchent leurs mots. D'autres, pétris d'angoisse, raccrochent sans avoir pu dire un mot. C'est là le revers de cette immédiateté : si l'entretien débute rapidement, il peut aussi s'interrompre en un instant. Une nouvelle tentative d'appel est toujours possible. Même si l'échange ne débouche pas sur un entretien à proprement parler, le dispositif téléphonique permet de « s'essayer sans risque ». Ce pouvoir de l'appelant met l'individu dans une position active et le mobilise sur sa propre situation.

Le cadre même de la téléphonie (un appelant et un écoutant, un demandeur et une réponse attendue) instaure une situation asymétrique qui est vitale pour que l'écoutant puisse remplir sa mission d'écoute et de prévention.

Si le téléphone permet d'aller vite et loin, la question des limites est immédiatement posée : que peuvent écouter les professionnels et jusqu'où ? Parfois l'appelant qui évoque ses difficultés finit par se répéter. Pour l'écoutant, cela signe la fin de l'entretien. La répétition peut avoir un effet thérapeutique dans le face-à-face puisqu'elle s'inscrit dans la durée de la relation. Au téléphone,

l'échange unique et instantané ne le permet pas.

### L'absence de support visuel et la prédominance de la voix

Entre l'appelant et l'écouter, pas de rencontre, donc pas d'image de l'autre. En revanche, la voix prend une place considérable. Dans ce dispositif « hors de la vue », les associations d'idées sont favorisées. L'appelant amène sur la scène téléphonique des pensées intimes, fait des liens, s'interroge, interroge le sens des mots, les siens et ceux de l'écouter. Il peut dire, se dire et exprimer ce qu'il ressent. Il entend sa voix quand il parle : il s'entend aussi parler. Comme l'écrit Jean Demoulin (1), « à partir de la mise à distance des corps de l'appelant et de l'écouter, grâce à la protection de l'anonymat, quelque chose d'indicible ailleurs peut tenter de se formuler ».

À Fil Santé Jeunes comme à Sida Info Service, l'indicible est aussi l'intime de la sexualité. Le téléphone, par l'anonymat qu'il propose, par cette mise à distance des corps, permet d'exposer ses craintes, ses questionnements, ses doutes et offre un espace de réflexion possible.

### L'évaluation

Autre caractéristique du professionnel écoutant en téléphonie sociale : quel que soit le problème posé au cours de l'entretien, il est appelé à évaluer constamment sa position. Pour la faire évoluer si besoin est.

Au début, l'écouter évalue la pertinence de l'échange : est-ce la bonne ligne pour aborder le problème posé ? Y a-t-il urgence ? Puis l'écouter adapte son discours au plus juste en fonction de la situation évoquée.

Enfin, l'écouter évalue si au terme de l'entretien la personne dispose dorénavant d'éléments nouveaux qui lui permettent de faire des choix et/ou d'envisager des changements de comportement relatifs à sa santé. Vers quelle structure l'orienter ? Le but est de répondre au mieux à la problématique de l'appelant.

### L'anonymat

L'anonymat permet cette expression de l'intime évoquée plus haut en protégeant l'appelant et l'écouter. « Nous

*ne parlons pas de nous directement, nous n'invoquons pas notre expérience au "je". Nous l'habillons du "nous" de l'association (...). Et, même quand l'échange est amical, détendu, la distance qui sépare celui qui appelle de celui qui répond les protège mutuellement (...). Cette distance, jointe à l'absence d'image précise, participe à cette loi : on n'a ni à plaire, ni à séduire »* rappelle Pierre Kneip (2).

L'appel unique mobilise l'appelant autour de SON problème, cependant que l'écouter considère toujours l'individu dans sa globalité.

L'écoute au sens rogerien (3) est au cœur du travail au téléphone. L'entretien permet à l'individu de se recentrer. Via l'échange téléphonique, l'appelant se concentre sur son problème, le verbalise ; il chasse ainsi nombre de questions en suspens, voire d'angoisses ou toute autre idée venant entraver les processus de pensée et le bien-être psychique.

### L'urgence

L'écoute peut être aussi une réponse à l'urgence, à l'impulsivité et à la fragilité de l'individu en situation de crise. Ainsi, par exemple, à Sida Info Service, l'appel d'urgence est bien évidemment en lien avec une prise de risque très récente. En effet, en cas de risque de

contamination, il existe en France une possibilité pour la personne concernée – après évaluation de ce risque par le médecin hospitalier – de prendre un traitement prophylactique pour diminuer ce risque. Plus le traitement est pris rapidement dans les quarante-huit heures, plus il est efficace. La téléphonie sociale a ici un rôle essentiel d'alerte et d'aiguillage. Malgré l'urgence, il est très important de prendre le temps de bien expliquer à l'appelant cette procédure, afin de lui faire comprendre les enjeux et l'intérêt de la consultation médicale qui suivra : bien préparer l'appelant à cet entretien, c'est lui permettre de mieux expliquer la situation au médecin et de le préparer à la rencontre avec ce professionnel.

Face à ces situations, l'écouter combine différents modes d'intervention : l'investigation, l'évaluation du risque, l'information et parfois une certaine directivité. Dans une situation de confusion, de panique, de sidération, l'appelant peut, en effet, avoir besoin de se reposer sur la bienveillante directivité de l'écouter.

À Fil Santé Jeunes, les urgences sont multiples et constantes. Elles font écho aux comportements « pulsionnels » des adolescents, avec tous les doutes qui s'ensuivent : « J'ai oublié ma pilule, j'ai pris tel risque, que dois-je faire ? »

D'autres situations évoquent un autre niveau d'urgence à la suite d'un événement accidentel, comme « *un préservatif qui a craqué* ». Chaque situation demande une réponse adaptée. Il existe encore d'autres situations, plus rares, comme les maltraitances, les fugues ou les tentatives de suicide, qui, après évaluation, peuvent entraîner la mise en œuvre d'une procédure d'assistance à personne en danger connue de tous les écoutants et bien cadrée. En fonction de l'énoncé de la situation « d'urgence » et de son évaluation, le registre des réponses de l'écouter varie de l'empathie, l'expression des sentiments et des émotions, à la directivité, voire à l'intervention en situation de crise.

### Le téléphone, une transition vers le face-à-face

L'écoute est l'outil qui permet de procurer un message ou une réponse au problème de l'appelant dans son individualité. Cet outil est au service d'une mission de santé publique :

contribuer au développement de l'éducation à la santé. Pierre Kneip (4) rappelle que « *le travail de l'écoute consiste alors à faire en sorte que l'information perde son caractère intrusif, qu'elle devienne l'occasion d'un savoir sur soi-même tout autant qu'un savoir externe* ». « *L'écoute est un outil au service de la recréation d'un lien de façon centrifuge, c'est-à-dire dans le bon lieu* » comme l'explique Jean Demoulin (1).

La frustration que génère l'entretien par son unicité, le fait qu'il n'y ait pas de mise en présence physique et l'expression de l'intime peuvent entraîner un risque de complicité entre écoutant et appelant, néfaste à cet échange. Dans ces situations, la distanciation recherchée est alors en danger. L'intimité ne peut plus se travailler sans risque avant de se dire dans la réalité du face-à-face. C'est pourquoi les écoutants effectuent régulièrement un travail d'analyse des situations rencontrées dans le cadre de leurs pratiques ; afin en particulier de

veiller à ce que l'appelant reste toujours le centre de l'appel. C'est par ce travail régulier de distanciation que les écoutants peuvent se repositionner en tant que professionnels.

### Un lieu où la prévention prend sens dans son individualité

La téléphonie sociale permet l'exploration du réseau des structures de proximité et des personnes ressources répondant aux besoins de l'appelant. L'écouter accompagne le sujet au centre de ce qu'il vit, il apporte un étayage aux choix de l'appelant, et le soutient dans ses démarches tout en donnant des informations et un message de prévention individualisé.

La téléphonie sociale occupe ainsi une place à part entière dans le dispositif de prévention et d'éducation pour la santé. Elle est un lieu d'exercice de la santé publique, en prenant en compte la réalité quotidienne et l'intime des personnes. Les messages de prévention peuvent ainsi être démultipliés et personnalisés par cette dynamique en passant du collectif à l'individualité singulière et permettre aux appelants de modifier leurs comportements.

**Nadège Pierre**

Psychologue, coordinatrice régionale  
Pôle Paris, Sida Info Service,

**Pierre Poitou**

Psychologue, chargé de l'animation du  
réseau de partenaires, Fil Santé Jeunes, Paris.

## À chaque appelant sa situation d'urgence

**Déception amoureuse, prise de risques dans la sexualité..., Fil Santé Jeunes reçoit plus de mille appels par jour. Brigitte Cadéac, responsable de la ligne, a sélectionné deux cas récents, non représentatifs, mais qui illustrent la difficulté des jeunes à trouver de l'information, ou dénicher des interlocuteurs quand ils sont confrontés à un problème.**

### « Un rapport non protégé la veille »

Une jeune fille de 20 ans appelle pour savoir quand a lieu l'ovulation chez la femme. Une amie lui a dit que c'était juste après les règles et elle n'a pas très bien compris. L'écouter psychologue de Fil Santé Jeunes lui explique ce qu'est l'ovulation en lui précisant que chaque femme a un rythme d'ovulation propre. L'appelante parle alors d'un rapport non protégé qui a eu lieu la veille. Elle craint une grossesse. L'écouter l'informe à propos de la contraception d'urgence. Elle évoque aussi le risque pris et s'inquiète des conditions dans lesquelles il a été pris. L'appelante poursuit : « *On n'y a pas pensé, ça s'est fait très vite* » et fait part d'une intervention volontaire de grossesse (IVG) subie récemment. Elle écarte le risque d'une contamination mais pas celui d'une grossesse. Elle témoigne d'une expérience d'IVG douloureuse physiquement et psychologiquement. Cependant, la contraception d'urgence et l'IVG lui semblent pouvoir être un mode de contraception. L'écouter l'incite vivement à envisager un mode de contraception régulier qui lui convienne. Elle lui donne l'adresse d'un centre de planification.

### « Elle n'a pu s'empêcher de subtiliser la boîte de médicaments »

Une jeune fille de 17 ans appelle. Elle s'inquiète car l'une de ses amies a pris un somnifère ce matin. Elle décrit les symptômes du malaise. L'appelante est très émue. L'écouter parle avec elle de cette émotion. Avec « *des larmes dans la voix* », l'appelante évoque son propre mal-être. Elle vient de subir une rupture amoureuse. Elle-même a pris un Lexomil® dans la boîte de sa mère. Cela lui a permis de dormir, mais le matin c'est « *revenu dans sa tête* » et quand elle est passée devant l'armoire à pharmacie, elle n'a pas pu s'empêcher de subtiliser la boîte de médicaments. Elle a des idées noires mais elle ne veut pas mourir. Elle voudrait alerter sa mère et son copain. Elle a besoin que l'on s'occupe d'elle. Après un long temps d'entretien, elle est décidée à parler avec ses grands-parents, dont elle est très proche, et à envisager une consultation psychologique avec leur aide.

## ► Références bibliographiques

- (1) Psychiatre, cocréateur de Fil Santé Jeunes. Demoulin J. *L'écoute téléphonique urgente*. Le temps à l'adolescence, journée scientifique du 12 octobre 1996.
- (2) Directeur fondateur de Sida Info Service. Kneip P. *Une assurance sur l'avenir*. Observations et Témoignages, décembre 1996 : p. 17.
- (3) Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF, 1970 : 240 p.
- (4) Kneip P. Premières journées information et sida. Arcat sida, 1993.

**Pour en savoir plus :** Cadéac d'Arbaud B. *À travers le Fil Santé Jeunes, des réponses à la souffrance*. La Santé de l'homme n° 366, juillet-août 2003 : 14-5.

Claire Macé, responsable d'un service de téléphonie sociale pour les personnes âgées

## « Il y a une recherche étonnante de dialogue »

À Équinoxe, quatorze écoutants se relaient vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour répondre aux appels en urgence des personnes âgées. Cinq mille abonnés bénéficient de ce service qui conjugue écoute active et assistance. Claire Macé souligne à quel point ces personnes « veulent du lien, pas un répondeur ! » Interview.

**La Santé de l'homme : Quel est votre parcours personnel ?**

**Claire Macé :** J'ai pratiqué l'écoute pendant six ans et, depuis dix-huit ans, je suis responsable du service de téléphonie sociale « Équinoxe », destiné aux personnes âgées.

**S. H. : Quels sont les objectifs d'Équinoxe ?**

**Claire Macé :** La téléassistance est un service spécifique : outre la prévention, nous intervenons dans des situations d'urgence. Nous avons cinq mille abonnés à ce service, des personnes âgées qui sont appareillées depuis leur domicile : elles portent un pendentif ou un bracelet qu'elles peuvent actionner en cas d'urgence, elles sont alors en contact direct avec nous sans avoir à décrocher leur téléphone. Selon la situation, nous sommes le relais entre ces personnes et leur famille, le médecin traitant ou les services d'urgence s'il s'agit d'une détresse d'ordre médical ou psychologique. Nous servons donc de lien entre ces personnes isolées et l'extérieur. Une fiche informatisée nous permet de connaître le contexte de la personne qui appelle ; l'écouter consulte directement à l'écran cette fiche décrivant l'état de santé, le contexte dans lequel la personne vit et délivrant parfois des informations d'ordre plus convivial qui peuvent être utiles à la conversation. Notre objectif est d'assurer la sécurité et l'assistance à des personnes âgées isolées.

Outre cette fonction d'assistance, nous remplissons aussi une fonction fonda-

mentale d'écoute envers ces personnes : elles peuvent nous appeler sans avoir un problème urgent à régler, simplement pour parler. Un entretien peut donc durer trente secondes comme vingt minutes selon la problématique à laquelle nous sommes confrontés.

**S. H. : Qui sont les personnes qui vous appellent ?**

**Claire Macé :** Nos abonnés sont âgés – 83 ans en moyenne –, parfois en situation de confusion ou de détresse psychologique liée au vieillissement, ou tout simplement du fait de leur isolement. Lors de la canicule de l'été 2003, nous avons reçu beaucoup d'appels de personnes qui souhaitaient simplement entendre une voix, être rassurées, confortées dans leurs besoins de prévention. Certaines personnes nous appellent pour nous confier un mal-être, par exemple qu'elles n'ont pas vu leurs enfants depuis longtemps. Nous recevons environ cent mille appels par an. Sur nos cinq mille abonnés, une centaine appellent de façon régulière et nous avons là une véritable fonction d'écoute et de suivi, ce qui exige une grande disponibilité et une bonne coordination. Une personne en situation de détresse psychologique a besoin d'être écoutée pour vivre mieux. Dans ce cas, nous faisons un signalement au sein du service afin que si cette personne rappelle, le suivi soit approprié. Ensuite, il faut parfois contacter la famille, faire appel aux enfants si la détresse est persistante et due à l'isolement, ou saisir médecins, services sociaux ou d'urgence si l'état de santé de l'appelant est préoccupant.

**S. H. : Quel est le profil de vos écoutants ?**

**Claire Macé :** Quatorze écoutants se succèdent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ils travaillent par groupes de trois, sont jeunes – 30 ans de moyenne d'âge. La plupart cumulent ce poste à mi-temps de téléphonie sociale avec une autre activité, certains poursuivent des études de travailleurs sociaux, de psychologie ou sont formateurs dans la santé ou le social.

**S. H. : Pourquoi ont-ils choisi ce métier ?**

**Claire Macé :** Selon une enquête portant sur cinquante écoutants ayant travaillé ces dernières années, il en ressort que 70 % font avant tout ce métier par goût pour l'action sociale ; viennent ensuite l'intérêt pour les contacts humains ; et enfin les spécificités de ce métier : avoir des responsabilités, faire face à une diversité de situations, valoriser sa pratique professionnelle ou sa formation d'origine, pouvoir exercer en parallèle un autre métier ou suivre des études puisque les écoutants travaillent à temps partiel. Les motivations des écoutants sont donc fortes.

**S. H. : Qu'est-ce qui vous impressionne le plus dans votre lien quotidien avec ce public ?**

**Claire Macé :** Incontestablement l'isolement de ces personnes et la détresse qui en découle. Il y a une recherche étonnante de dialogue. C'est un lieu commun mais, il faut le rappeler, le monde contemporain développe la

solitude ; quand vous appelez un organisme, vous tombez désormais sur un répondeur vocal qui vous oriente. Les personnes qui nous appellent veulent du lien, pas un répondeur ! Elles sont inquiètes, veulent être sécurisées. Par exemple, une femme atteinte de graves problèmes de santé nous appelle à 23 heures et nous explique combien elle se sent isolée dans sa souffrance, tant physique que psychologique ; cela a été une longue écoute – d'une heure – car cette personne avait surtout besoin de parler pour faire passer sa souffrance, s'en détacher. Ou un monsieur nous appelle le lendemain de Noël pour nous demander quel jour nous sommes ; quand il a appris que nous étions le 26, il était tourné : « *j'ai loupé Noël !* » répétait-il. Son étonnement traduisait un profond isolement.

Mais l'écoute n'est pas forcément dramatique, elle peut aussi avoir une composante conviviale, voire drôle ! Un

homme nous appelle un soir, il est seul et dit à l'écouter : « *Si je pouvais, je me mettrais à chanter.* » L'écouter lui dit « *Allez-y !* » Il s'est mis à chanter, puis nous a raconté sa carrière de chanteur et des pans entiers de son existence. Dans ce cas, l'écoute déclenche l'échange qui va vers la vie.

### **S. H. : Avez-vous le sentiment de remplir une fonction sociale ?**

**Claire Macé :** Incontestablement. Nous sommes un relais entre le terrain et les décideurs, un lieu d'observation. Nous pouvons donc faire remonter la réalité du besoin de ces personnes vers les responsables des politiques sociales. Nous sommes aussi un relais pour faire passer les informations de prévention, nous avons rempli ce rôle l'été dernier pour faire circuler les informations de prévention sur la canicule.

Propos recueillis par **Yves Géry.**

## La téléphonie sociale n'est pas un Hygiaphone !

**Les services de téléphonie ne doivent pas être des simples instruments de régulation des tensions sociales. Ils peuvent, au contraire, être un lien entre la prévention et la prise en charge médicale. La téléphonie sociale est un outil à prendre au sérieux pour répondre aux attentes du public qui ne sont pas satisfaites par les professionnels de santé.**

L'appellation « téléphonie sociale » a l'avantage de donner de l'envergure, celle d'une mission d'intérêt général, à une activité singulièrement individuelle. Elle désigne un service que certains croient aussi superficiel qu'il est anonyme ; ou d'autant plus anodin qu'il reste limité à l'espace même qui sert habituellement à prendre des rendez-vous, celui du standard téléphonique. Elle fut proposée par Michel Chauvière, en 1996, à l'occasion de la première étude sur le « métier d'écouter »<sup>1</sup>.

Mais, pour que la téléphonie devienne sociale, il faut que son objet, plutôt son usage, permette à des gens de se rencontrer et de faire cohabiter,

le temps d'un coup de fil, une préoccupation commune, une intention mutuelle de s'écouter, de dialoguer, de se comprendre, comme si, à la fin de l'entretien, les choses de la vie allaient pouvoir être un peu différentes de ce qu'elles étaient juste avant. La téléphonie devient alors sociale et ne reste plus seulement un Hygiaphone des temps modernes !

### **Un outil de l'action publique**

C'est au début des années quatre-vingt-dix que les pouvoirs publics ont commencé à s'inspirer des initiatives associatives (SOS Amitié, École des parents, Aides) pour mettre en place des services nationaux (Sida Info Ser-

vice, Allô Enfance maltraitée, Drogues Info Service, etc.). À l'époque, il s'agissait d'utiliser le téléphone comme un outil de l'action publique pour délivrer de l'information à tous et à toute heure, pour faciliter l'orientation vers des dispositifs spécialisés, pour accompagner des campagnes de communication et de prévention. Or, au-delà de leur utilité technique, ces dispositifs ont fini par composer un espace nouveau pour une action sociale centrée sur l'écoute et le soutien individuel<sup>2</sup>. Les appelants se sont mis à parler, non seulement pour exprimer des demandes, mais aussi pour être écoutés ; ils sont venus faire entendre leurs interrogations sur leur vie, leur santé, leurs souf-

frances et pas seulement sur les moyens d'éviter tel ou tel risque, ils sont venus chercher une aide bien qu'ils aient déjà effectué plusieurs démarches pour essayer de la trouver, ils y sont venus pour ne pas rester seuls. Et les personnels que l'on croyait avoir recrutés comme « non spécialistes » ont, peu à peu, constitué des équipes très compétentes et spécialisées. C'est d'ailleurs ce qui a conduit certains services créés depuis – comme Fil Santé Jeunes, ou Tabac Info Service – à recruter comme écoutants des psychologues, juristes, médecins ou tabacologues. Ce faisant, la téléphonie « technologie de la communication » est devenue un espace social ; et la téléphonie sociale, invention associative et communautaire est désormais un outil de l'action publique qui dépasse aujourd'hui, et de loin, les intentions de ceux qui l'ont créée.

### **Assumer une obligation de « productivité »**

Évidemment, il faut s'interroger sur la qualité du service rendu par ces lignes téléphoniques. Mais, pour cela, encore faut-il le qualifier, le désigner. Plusieurs services téléphoniques ont d'ailleurs connu une même difficulté à définir les compétences professionnelles requises des écoutants. Faut-il qu'ils soient psychologues, travailleurs sociaux ? Faut-il qu'ils soient spécialisés,

personnellement concernés ? Suffit-il qu'ils soient bienveillants et un tant soit peu formés sur la problématique particulière du service ? Cette pratique est-elle un métier nouveau ? Ou n'est-elle pas plutôt un dispositif nouveau dans lequel s'exercent des métiers de l'accueil, de l'écoute, de l'information ?

Sur le plan quantitatif et économique, l'évaluation de ces dispositifs semble aussi poser un certain nombre de questions. Faut-il que les services garantissent un taux d'appels « traités » par heure, par jour, par personne ? Faut-il limiter la durée des appels ? Que faire avec tous ces appels sous forme de blagues, parfois d'injures ou de scénarios, parmi lesquels certains sont inacceptables mais d'autres peuvent masquer une réelle envie de communiquer, voire de demander de l'aide ? Dans le secteur social, les services téléphoniques sont les seuls où l'on mesure, à la minute près, la durée moyenne des entretiens avec les usagers. En cela, la téléphonie, pour rester sociale, doit pouvoir à la fois proposer un accueil d'une très grande disponibilité et assumer des obligations de « productivité » inhérentes à l'éthique même de la gestion de l'argent public.

Du point de vue du public, des usagers de la téléphonie sociale, les questions ne manquent pas non plus. Faut-

il que les services aient des numéros gratuits ou des numéros à très faible coût ? Les jeunes peuvent-ils payer le coût de leur communication ? Est-il normal que les appels de portables soient fortement surtaxés, mêmes lorsqu'ils appellent des services de téléphonie sociale ? Les services téléphoniques sont-ils complémentaires ou concurrents ? Pourquoi ne se sont-ils pas toujours accessibles ?

Avec le temps, l'expérience de la téléphonie sociale a fait apparaître un certain nombre de questions dont on voit bien qu'il est indispensable d'y répondre de manière argumentée et plus seulement intuitive. Mais l'enjeu de la téléphonie sociale ne peut se résumer à des taux d'accessibilité, au choix du tarif des appels ou à des réflexions corporatistes sur le niveau de qualification des écoutants.

### **Un lien entre le sanitaire et le social**

De plus en plus, le public connaît des besoins et exprime des demandes qui ne sont pas exactement ceux et celles pour lesquelles les institutions classiques ou de droit commun sont en place. La médecine générale a une approche médicale de la santé, alors que le public a des attentes et des besoins qui sont à la fois physiologiques, psychologiques, pédagogiques, sociaux, etc. Le professeur, ou le chef d'établissement, peut-il aider à comprendre les « problèmes de drogue » d'un jeune, qui sont bel et bien apparus dans son environnement scolaire mais qui n'y trouvent probablement pas leur origine ? Le médecin de famille peut-il aider l'enfant à faire face aux violences intrafamiliales ? Est-il possible de poser discrètement des questions sur l'hépatite ou les infections sexuellement transmissibles au pharmacien d'à côté ? Dans tous ces cas, la téléphonie sociale offre un espace de dialogue qui vise à aider l'appelant à poursuivre et à construire sa propre démarche et non pas à faire comme s'il était évident qu'un spécialiste allait pouvoir résoudre son problème. Au téléphone, la question n'est pas de savoir, avant tout, quel sera le lieu où l'appelant trouvera sa réponse, mais comment l'aider, dans sa situation présente, à faire la part entre ce qu'il peut attendre de personnes extérieures et ce qu'il peut faire comme cheminement personnel. En cela, l'accueil téléphonique est centré sur la personne, ses

comportements et sa liberté, plus que sur ses problèmes et leur prise en charge.

Enfin, il faut aussi souligner que l'accueil téléphonique est apparu comme un dispositif intermédiaire entre des champs de l'action socio-sanitaire trop souvent séparés, ceux de la prévention et de la prise en charge. Expliquer l'intérêt d'un test de dépistage de l'infection par le VIH est autant un acte de soin qu'un geste de prévention. L'appel d'un parent concernant l'usage de cannabis de son enfant peut être à la fois une démarche de soin, si une prise en charge sérieuse s'avère finalement nécessaire, ou une démarche de prévention si, comme c'est le cas le plus souvent, elle permet de faire le point sur les risques de la vie et les aléas naturels de l'adolescence. Il y a même des raisons de penser qu'un entretien téléphonique pourrait, dans certains cas, avoir pour effet d'aider un appelant à modifier lui-même et durablement son comportement, évitant ainsi d'avoir, un jour, recours à une prise en charge spécialisée<sup>3</sup>.

### **Droit de parler et de demander de l'aide**

En fait, la téléphonie sociale est devant un défi à relever. Pour occuper une place dans les politiques publiques mais surtout dans l'esprit du public, elle

doit répondre aussi bien à des attentes institutionnelles, souvent économes, qu'à des demandes individuelles, souvent chronophages. Pour relayer les campagnes de communication et de prévention, elle doit garantir une grande accessibilité et pouvoir traiter un grand nombre d'appels. Mais pour garantir au public un accueil personnalisé à la mesure de ses difficultés, singulières, elle doit pouvoir lui offrir un espace d'écoute et de disponibilité qu'il ne trouve pas ailleurs. Entre le besoin de parler et le droit de savoir, entre le besoin de comprendre et le droit d'être soigné, entre le besoin d'aide et le devoir d'éviter les conduites à risque, chaque individu est de plus en plus souvent confronté à une exigence suprême, celle de faire attention à lui et à son entourage. La santé, celle de son corps, de sa famille, de la société, devient un devoir, une responsabilité individuelle de chacun. Elle impose même de se projeter sans cesse dans l'avenir (c'est le sens de la prévention) : ce que l'on fait aujourd'hui détermine une part importante de son propre avenir, et la manière avec laquelle on envisage l'avenir détermine ce que l'on doit faire aujourd'hui. Mais le droit d'en parler (de ses difficultés) et d'être aidé ne devient-il pas, peu à peu, un devoir d'en parler et de demander de l'aide ? Cette question se pose dans de multiples cas : usa-

ges de drogues, sexualité, nutrition et tous les autres thèmes qui font aujourd'hui l'objet de nos préventions. Puisse, dans ce contexte, la téléphonie sociale ne pas devenir un instrument de régulation sociale destiné à apaiser des tensions et les culpabilités individuelles dont la croissance deviendrait inquiétante pour la société. À l'inverse, puisse la téléphonie sociale, au-delà de sa volonté de faire du bien à ceux qui vont mal ou de mettre des mots sur des maux, s'engager progressivement, mais avec détermination, à faire la preuve de son efficacité, c'est-à-dire de sa capacité à rendre un service que l'appelant trouvera ici au moins aussi bien, si ce n'est mieux, qu'ailleurs.

**Baptiste Cohen**

Psychologue,  
Directeur du Groupement d'intérêt public,  
Drogues Info Service, Paris.

1. « Le téléphone, objet banalisé aujourd'hui, deviendrait ainsi facteur de sociabilité, de solidarité. Mais quand le téléphone "outil" se transforme en téléphone "fil de la vie", quand une technologie sert d'unique support à une prestation immatérielle, quel est alors le rôle des structures intermédiaires, qu'il s'agisse d'établissements publics ou à caractère associatif ? Les réponses recueillies montrent qu'au-delà des prestations au bénéfice des utilisateurs ou usagers des lignes de téléphonie sociale, les écoutants reconnaissent aussi pour leur service un rôle de régulation plus globale (prévention primaire, mise à disposition d'informations juridiques, signalement dans au moins un des services, etc.) ». *Chauvière M., Frottié B. Le métier d'écouter – Étude exploratoire. Comité de réflexion interservices téléphoniques (Cristel), juin 1996.*

2. Voir le remarquable ouvrage de Didier Fassin. Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute. Paris : La découverte, 2004 : 204 p.) L'auteur y analyse comment s'est développée, au cours des années quatre-vingt-dix, une politique publique de l'écoute qu'il apparente à une « nouvelle économie morale, fondée sur la compassion ». « Car c'est précisément l'innovation qu'introduisent ces structures (Points écoute, services téléphoniques, etc.) : on n'y soigne pas des troubles, on y entend des plaintes, y compris lorsqu'elles demeurent non dites. Pas de thérapeutique ni de thérapie, mais de l'écoute » (p. 183).

3. Sur ce sujet, voir les travaux de synthèse réalisés par Harald Klingemann et Louise Sobell concernant les processus de « changement par soi-même » (Self Change) devant les risques et dommages liés aux consommations de produits psychoactifs. Ces travaux soulignent un fait important mais insuffisamment étudié : de très nombreux « consommateurs problématiques » font évoluer d'eux-mêmes leurs consommations sans avoir recours à des services spécialisés. Il apparaît intéressant de comprendre les motivations et les conditions de ce changement (Self Change) pour optimiser les politiques publiques de prise en charge, de prévention et d'éducation à la santé. Promoting Self Change from Problem Substance Use ; Kluwer Academic Publishers, 2002.

# Des lignes téléphoniques encore méconnues

**Moins d'un collégien ou lycéen sur deux connaît les services de téléphonie sociale tels Drogues Alcool Tabac Info Service ou Sida Info Service, selon une enquête réalisée en 2003. Si l'on examine les indices de satisfaction dans le cas de Fil Santé Jeunes, la majorité des appelants se déclare satisfaite du niveau d'écoute et d'information procuré. Bref commentaire des principaux résultats<sup>1</sup>.**

Dix-huit pour cent des collégiens et lycéens, soit environ un jeune sur cinq (Tableau 1), connaissent Fil Santé Jeunes<sup>2</sup>. Les filles sont toujours plus nombreuses à connaître les numéros verts que les garçons, mais la différence entre garçons et filles est plus importante pour Fil Santé Jeunes que pour les autres « hotlines ».

La connaissance des numéros verts augmente avec l'âge, mais cette augmentation est plus importante chez les filles que chez les garçons. En effet, à

18 ans, 32 % des filles contre 14 % des garçons le connaissent, alors qu'ils étaient respectivement 12 % et 9 % à 14 ans.

## Qui a déjà appelé Fil Santé Jeunes ?

Deux pour cent des collégiens et lycéens, soit un jeune sur vingt, ont déjà appelé Fil Santé Jeunes, proportion qui évolue peu avec l'âge (Tableau 2). Ici encore, les filles sont plus nombreuses que les garçons. Mais, au total, la proportion d'appelants reste relativement

faible, même si les jeunes connaissent la téléphonie sociale. Le fait d'appeler un numéro vert augmente la chance d'en appeler un autre.

## Les appelants, satisfaits de Fil Santé Jeunes ?

Globalement, les appelants sont plutôt satisfaits de Fil Santé Jeunes. L'écoute est particulièrement appréciée par les filles : 65 % disent l'avoir « beaucoup » appréciée contre 49 % des garçons. Les garçons sont surtout satisfaits des informations obtenues : 51 % les ont « beaucoup » appréciées contre 46 % des filles (Tableau 3).

**Tableau 1. Connaissance par les collégiens et lycéens de la téléphonie sociale**

Services téléphoniques	Ensemble de l'échantillon	Garçons	Filles
Fil Santé Jeunes	18 %	14 %	22 %
Drogues Alcool Tabac Info Service	48 %	44 %	52 %
Sida Info Service	39 %	34 %	44 %

**Tableau 2. Appel des collégiens et lycéens de la téléphonie sociale**

Services téléphoniques	Ensemble de l'échantillon	Garçons	Filles
Fil Santé Jeunes	2 %	1,4 %	2,8 %
Drogues Alcool Tabac Info Service	3 %	3,5 %	2,8 %
Sida Info Service	2 %	2,0 %	2,3 %

**Tableau 3. Satisfaction des appelants de la téléphonie sociale**

	Écoute		Réponse		Informations	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Oui, beaucoup	49 %	65 %	44 %	53 %	51 %	46 %
Oui, un peu	17 %	20 %	17 %	27 %	18 %	29 %
Non	20 %	12 %	20 %	16 %	15 %	20 %
Non concerné	13 %	3 %	19 %	5 %	16 %	6 %

Source Espad 2003 (Inserm, OFDT, MJEN)

**Marie Choquet**  
 Directeur de recherche,  
**Delphine Morin**  
 Ingénieur d'études,  
**Christine Hassler**  
 Assistante ingénieur,  
 Inserm Unité 472, Villejuif.

À partir de l'enquête Espad 2003, réalisée en collaboration avec F. Beck, S. Spilka et S. Legleye de l'OFDT.

1. Méthodologie de l'enquête Espad 2003. On a procédé à un échantillonnage à deux niveaux : tirage au sort d'établissements scolaires (450 collèges ou lycées dans les vingt-six académies métropolitaines) et tirage au sort de classes (deux classes par établissement, soit neuf cents classes au total). Le taux de réponses des établissements s'élève à 88 %, le taux de réponses des classes à 87 %.

2. Ndlr : l'enquête dont nous présentons les résultats ci-dessous ayant été réalisée en 2003, les indices de notoriété des trois lignes de téléphonie sociale citées ont probablement augmenté depuis cette date.

# Un service apprécié des usagers, y compris les jeunes

Plus d'un Français sur deux connaît les services de téléphonie sociale les plus médiatiques, mais 6 % seulement de la population y ont eu recours personnellement selon l'enquête de référence dans ce domaine, réalisée par le Crédoc. Sur le plan qualitatif, une forte majorité des appelants se déclare satisfaite des réponses apportées en termes d'écoute et d'information. Toutefois, un Français sur trois estime ne pas en savoir suffisamment sur ces services. Un service en somme à la fois peu connu et très apprécié par ceux qui l'utilisent.

Les gestionnaires des principales lignes téléphoniques d'information, d'orientation et de soutien à caractère sanitaire et social ont confié au Crédoc la réalisation d'une enquête réalisée par téléphone, sur un échantillon représentatif de 2 059 personnes âgées de 12 ans ou plus, qui s'est déroulée entre mi-juin et mi-juillet 2001.

Les trois quarts des personnes interrogées ont été confrontées, elles-mêmes ou un de leurs proches, à une ou plusieurs situations qui se prêtent à appeler une ligne d'écoute. 6 % ont effectivement appelé. Il y a cependant peu de personnes opposées au principe de la téléphonie sociale : les non-appelants invoquent une aide suffisante de l'entourage ou des professionnels, une situation jugée pas suffisamment grave ou encore un manque d'information sur les lignes. La notoriété des lignes d'écoute est très variable : les plus connues le sont par les trois quarts de la population, alors que d'autres ne sont identifiées que par une personne sur dix.

## 6 % d'appelants, mais un public potentiel très large

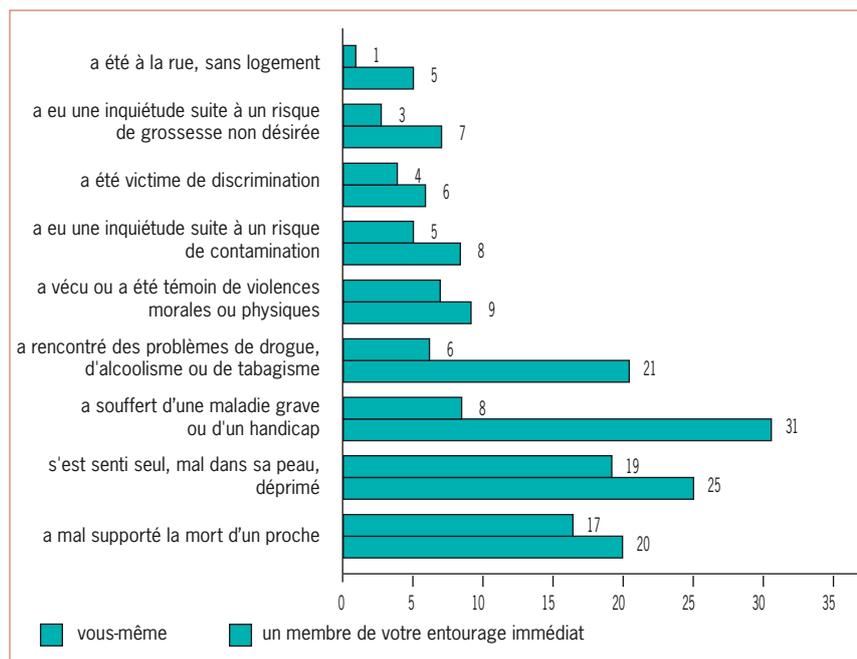
L'enquête du Crédoc a permis de chiffrer à plus de deux millions et demi, soit 6 % des 12 ans et plus, le nombre de personnes ayant appelé au moins une fois un service téléphonique d'écoute, de soutien ou d'information. Il s'agit aussi bien de mineurs que de personnes âgées, de personnes vivant seules ou en famille, en zone rurale ou en ville, de cadres ou d'ouvriers, que de chômeurs... Les usagers de ces services

se distinguent donc peu du commun des usagers du téléphone : ils sont seulement un peu plus souvent âgés de 18 à 39 ans (47 % contre 35 %).

La diversité des appelants est liée à la variété des missions des services téléphoniques : lignes d'écoute généralistes (SOS Amitié, Croix-Rouge Écoute), lignes ciblées sur des pathologies (Écoute Cancer, Sida ou Hépatite Info Service, etc.), lignes traitant des problèmes de maltraitance (119 Allô Enfance Maltraîtée, Allô Maltraitance

Personnes âgées, Allô Violence conjugale), lignes destinées aux jeunes (Fil Santé Jeunes) où à leurs parents (Inter Service Parents, etc.). Les problèmes traités par ces lignes concernent de fait une grande partie de la population : près de la moitié des personnes interrogées, qu'elles aient ou non appelé une ligne d'écoute, affirment avoir personnellement vécu au moins une des neuf situations difficiles citées dans l'enquête (figure 1). Ces neuf exemples couvrent l'ensemble des situations pour lesquelles il existait au moment de l'en-

**Figure 1. Les trois principales épreuves vécues soi-même ou par un proche : mal vivre un deuil, se sentir seul et affronter la maladie** (pourcentages calculés sur les personnes âgées de 18 ans et plus).



SOURCE CRÉDOC 2001.

quête une ligne d'écoute adaptée : deuil mal supporté, solitude, maladie grave, violence, discrimination, dépendance à un produit, attitude à risque. 21 % ont même vécu au moins deux de ces situations. Un quart a été concerné par l'intermédiaire d'un proche. Seulement un quart n'est pas du tout concerné par l'ensemble de ces situations.

### Deuil, solitude, maladie : les trois épreuves les plus fréquentes

La situation que le plus d'adultes ont expérimentée personnellement est le fait de mal supporter la mort d'un proche (27 %). Près d'une personne sur cinq (19 %) s'est déjà sentie seule, mal dans sa peau ou déprimée, cette proportion atteint même 25 % parmi les 12-18 ans. Les plus jeunes sont aussi beaucoup plus nombreux à avouer avoir vécu ou avoir été témoin de violences morales ou physiques (21 % contre 7 % pour les 18 ans et plus) et à avoir rencontré des problèmes de drogue, d'alcoolisme ou de tabagisme (12 % contre 6 %).

Les personnes susceptibles d'appeler une ligne peuvent aussi avoir besoin d'écoute ou de renseignements sur des thématiques particulières : éducation, sexualité, santé, relations dans le milieu familial, scolaire ou professionnel, etc. 58 % de l'ensemble des personnes interrogées (appelants et non-appelants) ont déjà éprouvé le besoin de parler ou de s'informer sur au moins un de ces sujets. Les plus jeunes se posent plutôt des questions sur leurs relations amoureuses ou amicales (31 % contre 17 % en moyenne) ou encore sur leur vie sexuelle (16 % contre 10 %). Les plus de 60 ans sont quant à eux plus amenés à évoquer un problème de santé particulier (36 % contre 26 % en moyenne). Les personnes d'âge intermédiaire se sentent concernées plus généralement par leurs droits (41 % contre 37 %).

### Premier recours en cas de problème : l'entourage

En cas de problème, l'appel à un service téléphonique est un recours parmi d'autres démarches possibles pour obtenir une aide, un soutien ou de l'information. Confrontées à une difficulté particulière, les trois quarts des personnes concernées en ont parlé à leur entourage, près de la moitié ont rencontré un professionnel, le tiers s'est documenté dans des livres, 7 % ont fait

une recherche Internet et 6 % ont appelé un service d'écoute téléphonique. Ces démarches peuvent bien sûr se compléter. Une majorité (53 %) en a d'ailleurs effectué au moins deux, 20 % en ont même effectué au moins trois. Parmi les personnes qui ont appelé un service d'écoute téléphonique, la plupart ont aussi fait d'autres démarches et seulement une sur cinq a commencé par appeler.

À l'inverse, plus d'une personne sur dix n'a fait aucune de ces démarches. Cette proportion double pour les personnes qui ont eu à faire face à des problèmes de drogue, d'alcoolisme ou de tabagisme (21 %). Elle est aussi plus élevée pour les personnes souffrant de mal-être (16 %).

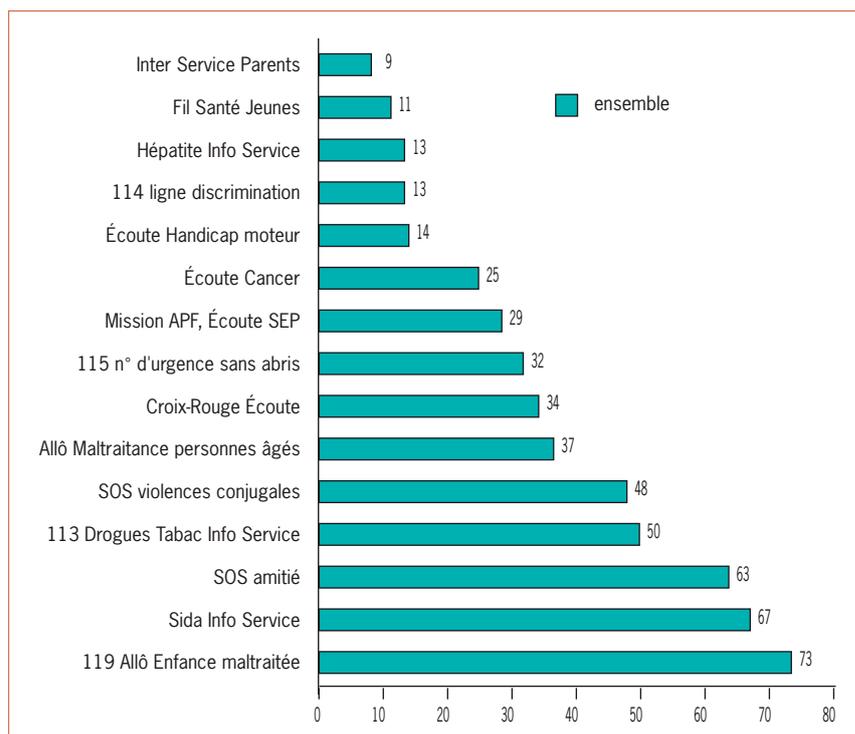
### Peu de réticences à appeler une ligne d'écoute

Dans l'éventualité d'un problème les concernant directement, près des deux tiers des enquêtés se disent prêts à appeler un service d'écoute téléphonique (seulement 18 % pensent cependant le faire certainement). Les intentions sont les mêmes si le problème concerne un proche. Parmi le dernier tiers, plutôt réfractaire à l'idée d'appeler un service d'écoute télé-

phonique, 14 % affirment même qu'ils ne l'utiliseraient certainement pas. Ces personnes sont en moyenne plus âgées, plus souvent de sexe masculin, avec des ressources plus faibles et habitent plus souvent en zone rurale. Elles ont moins souvent déjà vécu des situations difficiles. Elles connaissent d'ailleurs moins de services.

Les personnes qui n'ont pas appelé de ligne d'écoute mettent en avant aussi bien le fait que le soutien, ou l'information, issu de l'entourage ou des professionnels était suffisant (29 %) que le manque d'informations sur les services (29 %). 19 % estiment que leur problème n'était pas suffisamment grave pour qu'ils aient recours à une ligne d'écoute : ces services leur apparaissent alors comme un recours à n'utiliser que pour des cas graves et non comme un portail d'accès à l'information. Seulement 16 % des non-utilisateurs évoquent explicitement une réticence à utiliser ce type de service : difficultés avec le téléphone ou avec des inconnus, manque de compétence des écoutants. Pourtant, lorsque l'on demande à l'ensemble des personnes interrogées quel mode de communication elles trouvent le plus facile pour parler de leurs problèmes personnels, seulement 19 %

Figure 2. SOS Amitié, Sida Info Service et 119 Allô Enfance maltraitée connus par au moins 63 % de la population.



SOURCE CRÉDOC 2001.

choisissent le téléphone, 45 % optent pour le contact direct, 32 % ne privilégiant ni l'un ni l'autre. Les moins de 18 ans semblent plus à l'aise que leurs aînés avec le téléphone, ils sont près de deux fois plus nombreux à trouver plus facile de parler de problèmes personnels par téléphone (32 %), même s'ils sont aussi nombreux à privilégier le tête-à-tête (46 %).

### Les attentes : disponibilité de la ligne et qualité de l'échange

Les attentes exprimées par les personnes interrogées, qu'elles aient ou non appelé une ligne d'écoute, sont de pouvoir appeler à tout moment, être écouté, recevoir une aide immédiate ou une information de qualité (en s'adressant à un spécialiste sur le sujet). Ces différents critères sont jugés très importants par au moins les deux tiers des personnes interrogées. La garantie de l'anonymat et de la confidentialité, et la gratuité de l'appel sont deux attentes un peu moins fortement exprimées, même si une majorité les considère très importantes.

Les usagers des services estiment, pour la plupart, que la ligne appelée a répondu à leurs attentes (52 % com-

plètement, 31 % en partie). Seulement 7 % ne sont pas satisfaits du tout.

### Les lignes les plus connues le sont par les trois quarts de la population

Spontanément, 16 % des personnes interrogées affirmaient connaître au moins de nom un service d'écoute téléphonique et sont capables d'en citer un (en donnant le nom ou au moins la thématique traitée).

Il n'est pas étonnant que la notoriété des lignes auprès du grand public soit très variable. Au moment de l'enquête, certains numéros bénéficiaient régulièrement d'une forte couverture dans tous les médias, d'autres menaient des opérations de communication très ciblées (dans les écoles, dans les PMI, dans les centres d'action sociale, etc.), d'autres encore ne faisaient aucune action particulière, en dehors des brochures d'information générale distribuées gratuitement. Les quinze services étudiés se répartissent en trois groupes : cinq services avaient une très forte notoriété, ils étaient connus d'au moins la moitié de la population (119 Allô Enfance Maltraitée, Sida Info Service, SOS Amitié, 113 Drogue Tabac Info Service et SOS

violence conjugale) (figure 2). Cinq services étaient connus par environ du tiers au quart des enquêtés : Allô Maltraitance Personnes âgées, Croix-Rouge Écoute, 115 numéro d'urgence sans-abri, Mission APF, Écoute SEP et Écoute Cancer. Enfin, cinq services étaient connus par moins d'un individu sur cinq : Écoute Handicap moteur, 114 Ligne discrimination, Hépatite Info Service, Fil Santé Jeunes et Inter Service Parents.

Les moins de 18 ans connaissent mieux les services qui leur sont directement destinés, comme le 119 et Fil Santé Jeunes. Ils connaissent aussi mieux des services dont la thématique ne les concerne pourtant pas exclusivement : Croix-Rouge Écoute et le 115 sans-abri.

Les personnes âgées de 60 ans et plus connaissent mieux les lignes thématiques médicales comme Écoute Cancer ou les deux lignes d'APF, ou encore la ligne contre la maltraitance des personnes âgées. La seule ligne que les 18-39 ans connaissent mieux que les autres classes d'âge est Sida Info Service.

Pour conclure, en résumé, un peu plus d'un enquêté sur dix ne connaît aucun des quinze services listés ici. Le tiers en connaît, au contraire, au moins la moitié. Ce sont les personnes d'âge intermédiaire qui connaissent en moyenne le plus de services. Les moins de 18 ans et les plus de 60 ans en connaissent en moyenne autant. Cependant, les plus âgés sont plus nombreux à ne connaître aucun service (18 % contre 6 % pour les moins de 18 ans) ; à l'inverse, les moins de 18 ans sont aussi les moins nombreux à ne pas connaître beaucoup de services (seulement 27 % contre 38 % pour les 40 ans et plus), ils sont concentrés sur des niveaux de connaissance intermédiaires. Les femmes connaissent en moyenne plus de services que les hommes. Le niveau de connaissance augmente aussi régulièrement avec le niveau de revenu.

**Marie-Odile Simon**

Statisticienne-économiste,  
directrice du département  
Évaluation des politiques sociales,  
Crédoc, Paris.

# Écoutant en téléphonie sociale : des compétences établies mais non reconnues

**Quelles sont les activités et les compétences des écoutants ? Quatorze services de téléphonie sanitaire et sociale conduits par Sida Info Service ont mené l'enquête. Il ressort que les écoutants ont un niveau de qualification plutôt élevé, que les femmes représentent 70 % des effectifs avec un âge moyen de 40 ans. Autre singularité : tous reçoivent une formation complète au moment de leur recrutement ; il faut donc compter de six mois à un an pour devenir écoutant.**

Dans le champ de la téléphonie sanitaire et sociale, les pratiques professionnelles s'articulent à la croisée de différentes activités, allant de la transmission ponctuelle d'informations destinées à un large public à un suivi personnalisé par rendez-vous pour des populations spécifiques. Si ces diverses activités ont pour dénominateur commun de s'exercer avec le même outil de communication, le téléphone, de plus en plus d'acteurs recourent à la correspondance par courrier ou avec l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

La santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>1</sup>, occupe une place centrale pour les différentes structures constituant ce secteur. Que ce soit dans une approche publique ou communautaire, les structures de la téléphonie sanitaire et sociale se réfèrent à un cadre éthique fort et des valeurs partagées telles que le respect et l'écoute, la prise en considération des personnes dans leur singularité et leur globalité ou encore l'objectif de leur autonomisation. Le service rendu aux publics vise la promotion, la prévention et/ou l'éducation à la santé, dans leur acception large.

Dès lors, il est fondamental de bien considérer tous les enjeux et écueils possibles dans une communication à distance afin d'apporter une aide effective en quelques minutes. Pour cela, l'écoutant reçoit une formation complète au moment de son recrutement et bénéficiera, tout au long de son parcours

professionnel, de formations continues pour maintenir et développer ses compétences. Cependant, la fonction d'écoutant n'est paradoxalement pas identifiée comme un métier à part entière.

## **L'organisation d'un partenariat interstructures**

La téléphonie sanitaire et sociale étant constituée de nombreuses entités distinctes les unes des autres, il semblait crucial de parvenir à une analyse globale des activités et des compétences

des écoutants de l'ensemble des structures de téléphonie investies dans cette stratégie. Pour ce faire, Sida Info Service a pris l'initiative de conduire, depuis 2002, un partenariat avec quatorze structures<sup>2</sup> de téléphonie sanitaire et sociale dans le cadre d'un projet de Validation des acquis de l'expérience financé par le Fonds social européen, la direction générale de la Santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et le conseil régional d'Ile-de-France. C'est au collègue

coopératif Provence-Alpes-Méditerranée qu'a été confiée l'élaboration d'un référentiel d'activités et de compétences de l'écouter du secteur. Pour identifier ces activités et compétences, une méthodologie spécifique a été utilisée (voir encadré ci-dessous).

### Un niveau de qualification élevé

Les professionnels recrutés pour répondre au téléphone ont un niveau de qualification moyen plutôt élevé<sup>3</sup>. On y retrouve beaucoup de niveau 1 (notamment des psychologues cliniciens, des docteurs en médecine et des juristes), de niveau 2 et de niveau 3 (notamment infirmier(ère)s et travailleurs sociaux). Les femmes y sont majoritaires à près de 70 %. L'âge moyen des écoutants est de 40 ans et leur ancienneté moyenne de quatre ans et demi (37 % des écoutants ont moins de cinq ans d'ancienneté, 33 % entre cinq et dix ans, 30 % plus de dix ans).

Les pratiques de recrutement et de formation des structures sont clairement formalisées. Le « savoir-être et la capacité d'écoute », l'expérience de l'intervention sanitaire et sociale, la formation initiale, le diplôme et la motivation professionnelle déterminent largement les critères d'embauche. Les écoutants

reçoivent une formation complète au moment de leur recrutement. Ils bénéficieront ensuite amplement de formations continues internes complétées par des temps de régulation et de supervision. La durée estimée pour devenir écoutant confirmé oscille entre six mois et un an ; entre un an et plus de trois ans pour devenir écoutant expert.

Les plages d'écoute sont d'une durée variable allant de quatre à six heures. L'organisation implique des plannings mobiles pour les écoutants, qui peuvent travailler de nuit (60 %), le samedi (75 %), le dimanche (50 %). Une part importante des écoutants travaille à temps partiel (71 %). En outre, il est à noter que les plages d'écoute nocturnes comportent souvent des appels plus difficiles à traiter que lors des tranches diurnes, notamment du fait de l'isolement, de la solitude et des émotions anxiogènes que la nuit peut véhiculer chez certains, mais aussi de l'urgence de situations singulières.

On peut encore signaler quatre points significatifs de la téléphonie sanitaire et sociale. Il s'agit de l'importance de la prise en compte de l'appelant dans sa globalité ; l'importance de l'éthique des écoutants (largement fondée

sur le respect et l'écoute de la personne) et donc du cadre d'exercice dans les structures ; l'importance de la part dévolue au développement des compétences ; l'importance du travail en équipe, observable sur un mode formel (groupes de régulation/supervision/partage) ou informel (*briefing*, échanges après un appel difficile), et qui, plus largement, ambitionne une cohérence de réponse et de service rendu.

### Les missions des écoutants

Les missions de l'écouter en téléphonie sanitaire et sociale consistent à réceptionner des appels, à analyser des demandes puis, en fonction des objectifs du service, à proposer une information, une orientation vers un dispositif spécialisé, la mise en œuvre d'une intervention d'urgence, un soutien, un accompagnement personnalisé. Dans tous les cas, il s'agit d'apporter une aide effective en quelques minutes et de permettre à l'appelant de co-construire la résolution de son questionnement.

Dans de nombreuses situations, le travail de l'écouter est relativement simple et rapide : la demande est claire et entre précisément dans les missions du service, l'information est disponible et l'appelant est en état de la saisir.

### Méthodologie utilisée pour identifier les activités et compétences des écoutants

La méthode Emploi-type étudié en dynamique (Eted), mise au point par Nicole Mandon, chercheur au Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Cereq), comporte trois phases successives et prend en compte des différences qui touchent les emplois, selon des facteurs d'« élasticité » (profils, motivations et caractéristiques des écoutants) et des facteurs de « variabilité » (contextes institutionnels et conditions d'exercice). Elle contribue à la mise en place d'une gestion des compétences. Elle implique de façon individuelle et collective les personnes qui occupent les emplois étudiés. Enfin, elle développe un outil d'observation et d'analyse des emplois en dynamique, produisant notamment un repérage des tendances d'évolution de l'activité et facilitant la communication sur les emplois.

Mais, lorsque les paramètres de la communication sont plus délicats (charge émotionnelle importante, informations complexes, etc.), l'écouter redoublera de vigilance et de professionnalisme afin d'adopter l'attitude adéquate.

### Les activités conduites par les écoutants

On distingue différents moments clés dans l'activité des écoutants que l'on peut résumer en trois grands domaines :

#### – Les activités liées à l'écoute

Avant la prise de poste, on repère une phase de préparation à l'écoute qui concerne principalement les consultations d'information du service et les *briefings*. Le temps d'écoute, *stricto sensu*, comporte des activités réalisées pendant l'appel ou immédiatement après le début d'appel : écoute et analyse de la demande, consultation de sources d'informations, coconstruction de la réponse avec l'appelant, fin d'appel ; saisie d'informations concernant l'appel ; lancement d'une procédure dans le cas d'une personne en danger ; suivi. En aval de l'écoute, on repère des activités centrées sur le développement des compétences : formations, docu-

mentation, réflexion individuelle et collective visant à enrichir les pratiques.

Pour terminer, on peut évoquer un temps de diffusion des pratiques d'écoute, comportant une activité de tutorat permettant à l'écouter de transmettre sa pratique à un écoutant en formation et une activité de communication pendant laquelle l'écouter informe différents publics cibles sur son activité, sur les problématiques traitées par son service.

#### – Les activités transversales

Elles comportent toutes les activités permettant à l'écouter de participer à la vie de sa structure : participation à des réunions d'équipe, à des séminaires, à des groupes de travail.

#### – Les activités annexes

Il s'agit des réponses aux e-mails ou éventuellement aux courriers, d'assurer des fonctions d'accueil et de conduite de formations, et, enfin, de pourvoir dans certaines structures à l'encadrement d'équipe.

En conclusion, les écoutants possèdent un niveau de qualification impliquant la maîtrise de savoirs et de savoir-faire qui les conduit à exercer

leur activité professionnelle de façon autonome. En tant « qu'observateurs sociaux » et « médiateurs » des orientations politiques, ils participent à l'appropriation des messages de santé publique dans ses aspects de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le référencement de leurs activités et compétences pose plusieurs questions en termes d'organisation :

– quel niveau de réponse doit-on assurer face à une demande sociale dont une grande partie renvoie à des informations relativement simples et assez facilement assimilables ?

– comment identifier les situations complexes et/ou d'urgence et les traiter ?

– doit-on et peut-on répondre à toutes les demandes sanitaires et sociales ?

– comment évaluer l'impact de la qualité du service rendu en combinant une approche qualitative et quantitative ?

Enfin, ce référentiel interroge le type de certification à apporter aux écoutants pour une reconnaissance de leurs compétences.

**Claude Juillard**

Chargé de mission Référentiel métier,

**Xavier Bertin**

Chargé Évaluation et qualité,

Sida Info Service, Paris.

## L'écouter, un métier à compétences multiples

Savoir prendre du recul et accepter d'être critique par rapport à soi-même, transférer son savoir-faire, avoir une écoute empathique et réactive, etc. Voici listées, ci-dessous, les principales compétences mobilisées par les écoutants en téléphonie sociale :

- l'écouter développe des qualités d'écoute, d'empathie et de réactivité ;
- fait preuve d'une maîtrise de soi et d'une capacité à adapter son discours ;
- est capable de laisser l'appelant s'exprimer sans apporter une réponse immédiate, de clarifier sa demande, d'identifier les freins l'empêchant d'agir ;
- est capable de construire et d'adapter la réponse au plus près des besoins de l'appelant ;
- sait utiliser le dispositif technique et s'adapter à la spécificité du téléphone : capacité à enchaîner des appels de nature variable ; à mettre en place un espace de dialogue ; à analyser une situation sans disposer d'éléments visuels ; à recadrer ou clôturer un appel ; à faire face aux flots d'émotions, etc. ;
- maîtrise les savoirs liés à la problématique traitée par son service ;
- est capable de collecter les informations nécessaires à l'observation des publics ;
- dispose d'une ouverture d'esprit et d'un goût pour apprendre ; d'une capacité d'analyse sur ses propres pratiques ou sur la problématique traitée par son service ; d'une capacité à échanger, à se remettre en question ; d'une aptitude à prendre du recul par rapport aux appels difficiles ;
- est capable de transférer ses savoirs et savoir-faire à un écoutant débutant ;
- fait preuve d'une capacité à travailler en équipe et d'un esprit participatif ;
- dispose de capacités de communication à l'écrit comme à l'oral.

1. Définition de l'OMS : « La Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

2. Croix-Rouge Écoute ; Drogues Alcool Tabac Info Service (Datis) ; Deixis-Psytel ; École des parents et des éducateurs (epe) ; Écoute Famille – Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam) ; Équinoxe télé-assistance ; Fédération nationale solidarité femmes ; Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) ; Institut national d'aide aux victimes et de médiation (Inavem), Mission sep – apf ; Mouvement français pour le planning familial ; Sida Info Service ; SOS Amitié ; Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (Snatem).

3. Source : Cereq. Rapport intermédiaire « Avis d'opportunité de certification du métier d'écouter en téléphonie sanitaire et sociale », avril 2004.

## Appelants, écoutants : témoignages

### « J'ai mieux compris son mal-être passé »

**Propos d'une appelante sur Ligne Azur (prévention des conduites à risques, en particulier sur le sida, difficultés d'orientation sexuelle)**

« Mon fils nous a annoncé ce week-end qu'il était homosexuel et qu'il ne changerait pas. ...Je n'étais pas du tout préparée à cela. ...Il a 20 ans ...J'ai mieux compris son mal-être passé et sa tentative de suicide de l'été dernier. ...Il nous a dit qu'il voyait un psychologue pour l'aider à nous en parler. ...Je ne sais pas à qui m'adresser mais je sens que je vais avoir besoin d'aide. ...Peut-être aller voir mon généraliste, seule ou avec lui. ...Depuis deux jours je ne dors pas et je parcours tous les sites Internet à ce sujet. ...Qu'est-ce que vous proposez et conseillez ? »

### « Deux interprétations possibles »

**Commentaires d'un écoutant de Sida Info Service**

« Son amie vient de recevoir des résultats de dépistage sida, hépatites et infections sexuellement transmissibles. Ils ne comprennent pas les résultats concernant la syphilis : VDRL négatif et TPHA positif. L'appelant demande si cela signifie que sa partenaire est contaminée et s'il doit faire un test aussi. J'explique les deux possibilités d'interprétation de ce résultat et la nécessité de faire un suivi et un contrôle... »

### « Des cas de fausse séropositivité dont personne ne lui a parlé »

**Commentaire d'écoutant de Sida Info Service**

« Son médecin lui a prescrit une sérologie VIH qui lui a été remise sous enveloppe au milieu d'autres analyses avec un résultat positif. Son mari, qui a fait lui aussi un test, est négatif. L'appelante a fait dans les années précédentes des tests VIH, tous négatifs. Elle a appelé son médecin, qui s'est dit choqué par l'attitude du laboratoire, mais lui a demandé d'attendre la confirmation du résultat. Elle a elle-même appelé le laboratoire qui lui a indiqué qu'ils ne pouvaient rien dire dans l'attente de la confirmation par Western-Blot. Elle s'est rendue dans un second laboratoire, qui a pratiqué un second test Elisa. La réponse du laboratoire est évasive et suppose d'attendre des résultats complémentaires... On peut supposer un test positif et l'attente d'un second Western-Blot. Cette femme se dit complètement abattue. Elle a perdu l'appétit et le sommeil, et ne s'explique pas ce résultat alors que son mari est négatif et qu'elle ne l'a jamais trompé. Elle ne présente aucun autre facteur de risque d'avoir contracté le VIH. Elle souhaite trouver des informations sur l'interprétation de ses résultats. Que se passera-t-il si le résultat positif est confirmé ? Elle découvre avec un soulagement relatif qu'il peut exister des cas de fausse séropositivité, ce que personne ne lui a dit, alors qu'elle ne présente aucun facteur de risque de contamination... Le résultat du Western-Blot sera disponible ce soir

ou demain. Je l'oriente vers le Centre de dépistage anonyme et gratuit et le service de soins de N. pour une prise en charge si le résultat est positif et surtout une interprétation par un médecin compétent s'il s'agit d'un faux positif. Je lui propose de rappeler Ligne de vie si elle en éprouve le besoin. »

### « Je ne sais pas comment j'ai été contaminée »

**Propos d'une appelante de 64 ans sur le dispositif « Ligne de vie » (accompagnement aux personnes atteintes par le sida, les hépatites et les cancers)**

« Suite à un contact avec SOS Hépatites, j'ai eu connaissance de votre numéro. Je suis contaminée depuis dix ans par l'hépatite C. À l'époque, une biopsie a été pratiquée... Je ne sais pas comment j'ai été contaminée. J'ai suivi un premier traitement pendant neuf mois en 1992-1993. J'ai débuté mon traitement en étant hospitalisée deux mois dans une clinique... Actuellement, je suis suivie médicalement. Mon prochain rendez-vous est en octobre ...Là, je n'en peux plus, je veux en finir avec la vie... Je vis avec mon mari, également à la retraite. Nous sommes venus nous installer dans un village mais je ne m'y sens pas bien. Je souffre des commérages. Je vis isolée, loin de tout. De plus, depuis un an, notre relation avec mon mari s'est dégradée, il est devenu alcoolique, il m'injurie, ne tient plus compte des difficultés liées à ma maladie. Il pense que j'ai été contaminée lors d'une relation extraconjugale. »

# Devenir écoutant à Suicide Écoute : un parcours à part

**Par la teneur des appels qu'elle reçoit, « Suicide Écoute » est une ligne à part, dotée d'une éthique et d'un fonctionnement particuliers. Les écoutants sont des bénévoles. Tous les mois, ils évoquent ensemble leur vécu professionnel et leurs difficultés d'écouter avec un psychiatre. Ils ne sont pas recrutés sur la base de leur CV, mais sur leur aptitude à entendre l'autre, comme l'explique Isabelle Chaumeil-Gueguen, présidente de ce service.**

Suicide Écoute est une ligne qui a ses spécificités. La singularité de l'écoute proposée par l'association s'est construite au fil du temps, elle est en constante définition et fait l'objet d'une réflexion permanente.

Les principes de l'association sont clairement définis dans sa charte :

- l'anonymat est total pour l'appelant et l'écouter, il ne peut être levé qu'avec l'accord express de l'appelant en cas de suicide en cours pour permettre l'intervention des pompiers ;
- l'équipe n'a pas vocation à mettre en place un suivi, chaque appel devant

être considéré comme si c'était le premier ;

- l'écouter ne cherche pas à connaître la vérité, il ne donne pas de conseils, il ne propose pas de solution toute faite, il ne cherche pas à savoir à la place de l'autre ce qu'il conviendrait de faire.

L'offre de l'association se veut solidaire, désintéressée, non directive, apolitique et aconfessionnelle.

## **Des appels difficiles à recevoir**

Les appels reçus à Suicide Écoute sont, pour la plupart, difficiles à recevoir car ce sont le plus souvent de véri-

tables SOS. L'association vise clairement les personnes suicidaires ou suicidantes. Certains appels sont dramatiques et particulièrement éprouvants, notamment lorsque le processus suicidaire est en cours. Pourtant, les écoutants sont tous bénévoles et ne sont jamais recrutés en fonction de leur formation professionnelle.

Le recrutement se fait en plusieurs phases. Peu de candidats franchissent toutes les étapes, c'est souvent le candidat lui-même qui décide de ne pas aller jusqu'au bout de sa démarche. Il lui est, en effet, demandé d'être capable de prendre du recul, de supporter les frustrations car il n'y a pas « de retour d'efficacité », de s'investir mais de ne pas s'impliquer personnellement, de ne pas se mettre à la place de l'autre mais de lui offrir une véritable occasion de rencontre dans le cadre de l'appel. Chacun conserve, néanmoins, sa manière singulière d'écouter. Dans ces conditions, la question se pose de savoir comment former et se former à ce type d'écoute tout en gardant sa propre créativité car chacun conserve néanmoins sa manière singulière et sa richesse humaine dans l'écoute.

## **Une formation par la « double écoute »**

Après sélection par l'équipe de recrutement, le candidat entre directement dans le dispositif de la formation pratique, qui comporte deux parties : la « double écoute passive », suivie de la « double écoute active ». Cinq à six mois s'écoulent généralement d'une phase à l'autre. Dans la première phase, le candidat n'intervient pas directement

dans l'appel. En fin d'appel, il est invité à faire part de ses réactions, de ses questions. La plupart du temps, il le fait spontanément.

La double écoute active intervient au bout de six à huit écoutes passives, la personne en formation répond alors aux appels en présence d'un écoutant expérimenté qui l'accompagne dans son apprentissage. Cet écoutant confirmé ne se situe pas en modèle à imiter. En revanche, il aide le stagiaire à trouver sa place, à construire ses repères en pointant certains éléments, en recadrant si nécessaire. L'écoutant formateur est dépositaire de l'éthique de l'association, garant des valeurs et des principes partagés au sein de Suicide Écoute.

Les « doubles écoutants » sont recrutés parmi les écoutants confirmés pour leur capacité à être « à l'écoute de l'écoute » et ainsi être à l'aise avec le regard de l'autre et son jugement éventuel. Des réunions spécifiques avec un psychiatre sont régulièrement organisées pour parvenir à une meilleure définition du rôle des « doubles écoutants » et à une plus grande homogénéité dans le positionnement envers les appelants. La double écoute offre donc un temps « d'apprentissage sur le tas » et constitue également un espace de formation pour les anciens chargés de former leurs pairs.

### Une formation assurée par un psychiatre

Le candidat parvient ensuite au stade de la formation, laquelle démarre après au minimum plusieurs semaines de pratique de l'écoute. Assurée par un psychiatre, cette formation comporte trois ou quatre séances de trois heures pour des petits groupes de huit à dix personnes. Fortement centrée sur l'écoutant, la formation est abordée sur un mode interactif et permet ainsi une réflexion tant personnelle que collective à la technique et à la psychologie de l'écoute à proposer par Suicide Écoute. Ni recette, ni solution type, tout au plus quelques points de repère qui permettent au groupe de s'informer, de se former avant de décrocher le téléphone. Ce passage en « solo » et l'intégration du nouvel écoutant se font après une confrontation de points de vue entre les responsables de la double écoute et le psychiatre chargé de la

formation initiale. Pour autant, la formation de chacun se poursuit bien au-delà.

### Des temps de partage

La participation à des séances de partage mensuelles, supervisées par un psychanalyste, fait partie de l'engagement de départ. Comme leur nom l'indique, les partages sont des séances de régulation durant lesquelles s'échangent les difficultés, les questions suscitées par les appels. Plus spécifiquement centrés sur le traitement des appels, ces partages sont également des temps forts de la vie de l'association, des lieux de débats permanents, notamment autour de la question de l'éthique. Ces échanges sont l'occasion d'évoquer les risques de dérive, sans cesse présents, comme par exemple le risque d'accéder au désir de l'appelant qui souhaite se décharger de sa propre responsabilité sur l'écoutant, en d'autres termes être le témoin de son incapacité à décider de son propre destin ; autre risque, celui d'entrer de plain-pied dans la problématique de l'autre et de céder à la tentation d'une écoute totalement personnelle. Ces partages permettent ainsi de repérer ce qui a parfois empêché l'émergence de la parole de l'appelant.

Ils sont autant d'occasions de rappeler que « seule la parole rendue à l'autre a quelque chance de mobiliser en lui ce que l'on appelle la vie... ». Les partages constituent un temps de formation continue auquel s'ajoutent également deux ou trois rencontres annuelles sur des thèmes choisis par l'équipe de bénévoles, comme par exemple les appels pour d'autres personnes.

C'est ainsi que l'on devient écoutant à Suicide Écoute, sans formation théorique, sans cours magistraux, sans conseil de lecture, mais avec une obligation : celle de remettre en question son écoute et de partager avec les autres ses doutes, ses questions, ses limites, ses hésitations.

**Isabelle Chaumeil-Gueguen**

Présidente de Suicide Écoute, Paris.

#### Pour en savoir plus

Suicide Écoute, numéro d'appel national :  
01 45 39 40 00  
5, rue du Moulin-Vert – 75014 Paris.  
Sur Internet : <http://suicide.ecoute.free.fr>

Pierre Satet, président d'honneur de « Suicide Écoute »

## « Parler fait exister et peut réduire la souffrance »

**Se garder de tout conseil, c'est le maître mot du travail à Suicide Écoute. Pour son président d'honneur, Pierre Satet, ce service de téléphonie sociale est parfois l'ultime ressource des personnes en mal de vivre. Un service qui pratique une écoute empathique, surtout sans jugement ni interventionnisme.**

**La Santé de l'homme : Vous avez fondé Suicide Écoute en 1994 et en êtes depuis le responsable : pourquoi cet engagement ?**

**Pierre Satet :** Pour des raisons à la fois personnelles et professionnelles. Il y a dix ans, il n'y avait aucun dispositif de ce genre et c'est un service qui repose sur la solidarité.

**S. H. : Dans le foisonnement des services de téléphonie sociale, quelle est la particularité de Suicide Écoute ?**

**Pierre Satet :** Nous effectuons un travail d'écoute et donc de prévention du suicide, surtout sans jugement moral, notre seul objectif est d'écouter les gens plus ou moins proches de l'acte suicide. Nous pensons que le suicide est certes une liberté qui relève de la personne, mais toute théorique, car cette liberté n'en est plus une chez les personnes qui sont dans une telle impasse qu'ils n'ont plus le choix. C'est donc la liberté de personnes... qui n'ont plus de liberté. Concrètement, une personne submergée par des problèmes qui dépassent ses facultés d'adaptation peut passer à l'acte ; si on l'aide à franchir un ou plusieurs moments difficiles, elle pourra ne pas passer à l'acte.

**S. H. : Comment résumer votre activité ?**

**Pierre Satet :** Par quelques chiffres : seize mille appels par an, soixante-dix écoutants, une écoute vingt-quatre heu-

res sur vingt-quatre, deux lignes le soir et la nuit. On prend 20 % des appels par manque de moyens, c'est la norme en téléphonie sociale en France.

**S. H. : Vos critères d'embauche des écoutants ?**

**Pierre Satet :** Le facteur déterminant du recrutement est l'aptitude à l'écoute, dont la part d'inné est importante. Les écoutants sont tous bénévoles, nous les formons en quatre mois. La formation théorique « à l'écoute » est assurée par une psychiatre. Les écoutants étaient à 70 % des femmes jusqu'à il y a trois ans, nous sommes désormais à parité car nous avons recruté beaucoup d'hommes, jeunes, récemment. Nous retenons un candidat sur dix.

**S. H. : Comment travaillez-vous ?**

**Pierre Satet :** On ne donne aucune préconisation, aucun conseil, truc ou moyen, on ne juge pas, on ne dit pas « vous devriez », on ne se met pas à leur place. On écoute ce qu'ils nous disent. J'irai plus loin : on n'a pas besoin de comprendre la souffrance qu'ils expriment pour l'admettre. Récemment, une femme âgée a appelé en pleine nuit, son petit chat, son seul compagnon depuis dix-sept ans, était mort, ce qui provoquait chez elle une immense souffrance. Cela peut faire sourire certains. Mais nous n'avons pas besoin de comprendre cette souffrance ni d'en juger le bien-fondé pour la reconnaître et l'admettre. On l'admet telle qu'elle s'exprime, telle qu'elle existe. C'est tout.

J'insiste : il faut se garder de tout conseil. Un exemple : une femme me demande si elle doit divorcer. Vais-je lui donner un conseil ? Non, je parle avec elle, l'aide à examiner son problème. Une autre femme appelle, m'explique qu'elle vit dans le noir complet : rideaux et volets fermés, la lampe de sa chambre a claqué et elle ne l'a pas changée. Je ne vais pas lui conseiller d'acheter une ampoule, elle me prendrait pour un imbécile. Non, je vais parler avec elle de la raison pour laquelle elle vit dans le noir, ce qu'elle ressent. Elle a exprimé sa souffrance, sa douleur, le fait qu'elle se trouvait bien dans le noir, que ça l'isolait du monde ! Donc, surtout pas de conseils. En résumé, nous dispensons une écoute empathique, solidaire mais non interventionniste, non directive.

**S. H. : Un cas de force majeure dans lequel vous intervenez ?**

**Pierre Satet :** Il en est un : le seul cas où nous intervenons, quand l'appelant est en train de faire une tentative de suicide et demande du secours. Dans ce cas, nous lui demandons son nom et adresse, ce qu'il a pris et lui envoyons les pompiers. Donc à la demande de la personne. Mais, si quelqu'un est en cours de tentative et nous appelle simplement pour échanger, entendre une voix au dernier moment mais qu'il ne veut aucun secours et refuse de donner toute indication, nous parlons avec lui. C'est bien évidemment l'appel le plus difficile, le plus traumatisant. J'y ai été confronté. Bien sûr, nous essayons de voir s'il n'y a pas moyen de secou-

rir cette personne, mais si ce n'est pas du secours qu'elle demande mais la voix, on lui donne la voix.

**S. H. : Quelles qualités doivent avoir vos écoutants ?**

**Pierre Satet :** Ne pas se sentir frustrés donc ne rien attendre, ne pas avoir d'objectif d'efficacité, ne pas penser qu'on va sauver un certain nombre de personnes, ne pas avoir de certitudes. Nous sélectionnons des gens ayant une bonne faculté de recul et solides.

**S. H. : En quoi êtes-vous utile ?**

**Pierre Satet :** En général, ceux qui nous appellent nous parlent de leur souffrance, dont ils ne peuvent plus parler à personne, ils n'ont plus d'interlocuteur, de miroir, plus de personne à qui parler. Ils nous parlent de leur souffrance, l'expriment comme ils la ressentent. Le fait de parler permet à cette souffrance de diminuer, cela peut donc leur permettre de passer un cap. Et puis, parler, ce n'est pas seulement communiquer, c'est aussi exister en tant qu'être ; souvent nos appelants ne sen-

tent plus qu'ils existent, l'appel leur permet d'exister à nouveau.

**S. H. : Quand vous répondez, savez-vous quand vous êtes utile ou inefficace ?**

**Pierre Satet :** C'est impossible de savoir. Cette question nous obsède pourtant : ai-je répondu ? Si la personne raccroche au bout de cinq minutes seulement, est-ce parce que je n'ai pas trouvé les mots, la manière, je n'ai pas su l'entendre et parler avec elle. On a le doute. Nous en parlons systématiquement en réunion de supervision – le superviseur est un psychanalyste qui a travaillé dans une unité de suicidologie à l'hôpital –, moments d'échanges sur nos pratiques, les appels difficiles.

**S. H. : Le téléphone établit un lien sans contact visuel, n'est-ce pas un contact artificiel et insuffisant ?**

**Pierre Satet :** Le téléphone ne remplace pas le contact. Nous constatons que le téléphone permet l'anonymat total et garantit cet anonymat : les gens

peuvent nous dire tout ce qu'ils n'oseraient pas dire en face-à-face – et ils ne s'en privent pas : ils nous confient des informations en précisant « *cela, je ne l'ai pas dit à mon psy* ». Nous recevons des confidences sur des sujets tels que la sexualité, que nous n'aurions jamais en face-à-face. On n'a pas la prétention de remplacer l'entourage, ceux qui appellent n'ont que ce moyen à disposition, c'est leur ultime ressource. Peu importe qu'ils soient isolés ou aient eux-mêmes inconsciemment organisé leur solitude. Le téléphone est le moyen à la disposition de ceux qui n'ont plus que cela, ou qui n'ont pas envie d'autre chose, c'est un recours.

**S. H. : Et l'avenir ?**

**Pierre Satet :** On aimerait développer notre activité, avoir deux lignes vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour mieux répondre aux appels, puis trois lignes. C'est une question de moyens. Nous sommes subventionnés par les pouvoirs publics et les collectivités locales.

Propos recueillis par **Y. G.**

# Cancer Info Service : distinguer l'information de l'écoute

**Depuis mars 2004, vingt-deux conseillers et écoutants répondent quotidiennement à tout type de questions sur le cancer posées à Cancer Info Service. D'entrée, cette nouvelle plateforme de téléphonie sociale a tenu à distinguer les simples demandes d'informations générales – des appels d'une durée moyenne de sept minutes – des appels qui nécessitent un temps d'écoute, de vingt à trente minutes environ. Quand les questions sont trop pointues, un délai de quarante-huit heures permet de consulter le centre de documentation pour répondre aux appelants.**

La lutte contre le cancer ayant été consacrée grande cause nationale, c'est l'un des derniers-nés des services de téléphonie sociale : la ligne Cancer Info Service a été ouverte en mars 2004. Auparavant, le service avait été testé pendant quatre mois.

Ce service répond à une demande croissante exprimée par les citoyens. Petit retour en arrière : en 1998, les 1<sup>ers</sup> états généraux des malades du cancer et de leurs proches consacrent une forte demande du public, qui se plaint du manque d'information sur cette maladie. Qu'il s'agisse d'une véritable lacune d'information ou d'un simple sentiment, le constat était là. Le gouvernement en a pris conscience et dès lors en a tenu compte.

L'idée a ensuite fait son chemin jusqu'au Plan cancer, en mars 2003. Plus précisément, ce plan, par sa mesure n° 39 (sur 70), intègre la mise en place d'un service de téléphonie sociale au moyen de la création d'un numéro vert de type Cancer Info Service. Le plan a donc permis de mobiliser les forces nécessaires à la création de ce service. Il n'est alors pas de partenaire plus évident pour le gouvernement que la Ligue nationale contre le cancer afin de mettre en œuvre cette mesure ; par ce choix, le gouvernement entend ainsi capitaliser sur les valeurs au centre des actions de la Ligue nationale contre le cancer, soit :

– une éthique qui place la personne au centre du service offert ;

– une neutralité qui permet à la Ligue nationale contre le cancer d'être perçue comme un pont entre la population, les professionnels de santé et l'État : la Ligue ne défend pas une politique plus qu'une autre, elle lutte simplement contre le cancer.

La Ligue dispose d'au moins trois atouts : ses compétences dans sa connaissance de la maladie, sa détermination dans son combat pour les patients, son expérience dans l'aide téléphonique et dans l'information/vulgarisation scientifique. En effet, l'organisme avait auparavant créé plusieurs lignes téléphoniques et publié de nombreuses brochures de vulgarisation qui permettaient aux gens d'appréhender le cancer de manière simple et scientifiquement fondée. Ces éléments constituaient le socle idéal pour démarrer un service téléphonique sur le cancer à destination de la population française dans son ensemble.

## **Informer sous quarante-huit heures**

L'une des particularités fortes de Cancer Info Service est d'articuler information et écoute au sein d'équipes complémentaires. En effet, lors de la phase préliminaire du projet et après analyse du marché de la téléphonie, il a semblé évident à l'équipe de la Ligue qu'il n'était pas toujours opportun d'associer systématiquement les deux fonctions phares de la téléphonie sociale que sont l'information et l'écoute. En effet, cette vision était trop parcellaire

pour au moins deux raisons :

– d'une part, beaucoup de personnes atteintes du cancer ont effectivement besoin d'empathie, mais toutes ne recherchent pas ce type d'échange ;  
– d'autre part, un public plus large peut être à la recherche de simples informations.

Prenant acte de ce constat, Cancer Info Service a donc été créé sur un modèle à deux niveaux où information et écoute viennent en complément, à des moments différents de l'entretien et dans la mesure où l'appelant est prêt à aborder la phase d'écoute.

Une des particularités de Cancer Info Service consiste dans la possibilité, pour un appelant, de bénéficier d'une recherche documentaire lorsque le téléconseiller n'a pu répondre immédiatement à sa question parce qu'il n'a pas les éléments de réponse adéquats dans sa base de données. Dans ce cas, un numéro de dossier est donné à l'appelant, qui pourra l'utiliser pour obtenir la réponse à sa question. Le centre de documentation de la Ligue reçoit alors la question posée par le téléconseiller et s'engage à chercher la réponse dans les quarante-huit heures (*voir encadré p. 35*). En rappelant Cancer Info Service et en donnant son numéro de dossier, l'appelant pourra obtenir la réponse. L'information peut ensuite être « mutualisée », ajoutée à la base de données, afin que la réponse soit disponible pour un prochain appel. Cet aspect de Cancer Info Service est innovant, une

grande importance est en effet donnée à l'obtention d'une information validée en accord avec les connaissances médicales et scientifiques du moment. Cette recherche d'information implique la mobilisation de toute une équipe mais permet un enrichissement continu de la base de données. Cela répond bien à l'exigence éthique de la Ligue nationale contre le cancer d'être toujours au service de la population.

### Offrir une écoute de qualité

Comment fonctionne Cancer Info Service depuis plus de six mois ? Employant vingt-deux salariés, ouvert du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures, le service a reçu, au 30 septembre 2004, dix-huit mille six cents appels, soit en moyenne cent soixante-dix appels par jour. Une projection à douze mois confirme donc bien les estimations initiales qui évaluait la demande entre trente mille et cinquante mille appels par an.

Schématiquement, la plate-forme traite deux niveaux de demandes :

- le niveau 1 permet de répondre à la demande d'information de l'appelant ;
- le niveau 2 correspond à l'écoute.

Dans la pratique, un transfert est effectué du niveau 1 vers le niveau 2 lorsque c'est nécessaire ; 20 % des appels reçus sont ainsi transférés. Les 80 % restants obtiennent une réponse à leur demande dès le niveau 1, la plate-forme d'information. La valeur ajoutée du service d'écoute est notamment d'offrir plus de temps à l'appelant : le temps nécessaire pour raconter son histoire, faire baisser son anxiété, etc. La durée moyenne d'une conversation y est de vingt à vingt-cinq minutes, contre sept minutes pour les appels gérés au niveau 1. Une importance particulière a été donnée au travail entre les téléconseillers du niveau 1 et les écoutants du niveau 2, afin que le transfert se fasse dans les meilleures conditions pour l'appelant : travail de réécoute et d'analyse des appels afin de permettre une bonne identification des besoins d'écoute dès le niveau 1 permettant dès lors un transfert optimal vers l'écoute.

### Cancers féminins : une forte demande d'information

Quel est le profil des appelants de Cancer Info Service à ce jour ? Le plan cancer pose comme objectif que le ser-

vice de téléphonie mis en place puisse répondre aux questions que pourraient poser des personnes touchées directement par la maladie, des patients et leurs proches, mais aussi le grand public et les professionnels de santé. Les principaux appelants sont incontestablement les patients et leur famille. À noter aussi, la forte demande d'informations pointues et très spécifiques.

Si l'on considère les cinq thèmes les plus importants abordés entre mars et septembre 2004, le classement est le suivant :

- les cancers féminins (14,62 %) et, dans cette catégorie, le cancer du sein (8,71 %) sont les premiers motifs d'appels ;
- vos droits (12,96 %) viennent ensuite ;
- les traitements médicaux (11,47 %) et dans cette catégorie, la chimiothérapie (4,16 %) sont les thèmes les plus demandés ;
- les cancers digestifs et hépatiques (8,79 %), avec celui du côlon (3,07 %) en première place ;
- les cancers masculins (8,18 %) dont 6,66 % pour le cancer de la prostate.

Ces thèmes se rattachent bien à des questions directement liées à la maladie. À noter que les cancers les plus fréquents en termes d'incidence se retrouvent dans cette classification. Le positionnement des droits en deuxième motif d'appels est une indication précieuse sur la difficulté qu'a la population à aborder la maladie dans ses conséquences quotidiennes, les personnes souhaitant une aide pratique et adaptée.

Les questions plus généralistes sur la prévention, la recherche ou moins directement liées à la maladie ne représentaient fin septembre 2004 qu'une faible fraction des questions posées (3 % environ). Cela peut s'expliquer par la diffusion encore restreinte du numéro dans la population générale. Cette situation pourrait évoluer en 2005 avec la mise en place de plans de communication élargis pour faire connaître Cancer Info Service.

### Un observatoire des demandes

Par ailleurs, Cancer Info Service souhaitait initialement venir en appui et en complément à l'activité des médecins, ceux-ci pouvant le « prescrire » à leur patient. Cette dimension du service reste à développer. Enfin, Cancer Info Service va servir « d'observatoire » de la demande des patients et des familles dans la mesure où les appels reçus vont être décortiqués et exploités. Les données recueillies et croisées permettront de dégager les attentes des appelants, les sujets traités, les actions à entreprendre. Cette évolution vers la fonction d'observatoire permettra d'entamer un dialogue entre la population, qui pourra d'une manière simple et immédiate faire part de ses demandes, angoisses ou tout simplement remarques, et les pouvoirs publics, puisque la Ligue nationale contre le cancer garantit une analyse neutre de l'ensemble de ces questions.

**Philippe Mourouga, MD MSc**

Chef de service Prévention-Information,  
Ligue nationale contre le cancer, Paris.

Christophe, téléconseiller à Cancer Info Service

## « Des questions qu'ils n'osent pas poser à leur médecin »

Infirmier, Christophe, 31 ans, a quitté son poste hospitalier pour devenir, début 2004, téléconseiller à Cancer Info Service. Il constate que les patients et leur famille sont souvent « perdus » et demandent à être mieux informés et orientés. À Cancer Info Service, ils peuvent aussi exprimer leurs angoisses.

**La Santé de l'homme : Infirmier, puis écoutant à Cancer Info Service : pourquoi un tel parcours ?**

**Christophe :** J'ai intégré l'équipe de Cancer Info Service à ses débuts, en janvier 2004. Avant d'être téléconseiller, j'ai effectivement été infirmier hospitalier pendant plusieurs années, dans plusieurs services et notamment en cancérologie. Je suis venu à la téléphonie sociale par l'intérim, puis cela m'a plu, pour au moins trois raisons : le lien avec les appelants, les compétences professionnelles que l'on acquiert, la remise à niveau des connaissances, qui est indispensable.

**S. H. : Quelle est l'utilité première de Cancer Info Service, nouvellement créé début 2004 ?**

**Christophe :** Cela peut paraître paradoxal mais, au téléphone, nous avons davantage de temps à consacrer aux gens, à leur parler, qu'à l'hôpital. Les appelants nous posent les questions qu'ils n'ont pas osé – ou qu'ils n'ont pas pu, faute du temps nécessaire – poser aux professionnels en lieux de soins. Ils appellent le service pour des informations générales ou des questions ayant trait au relationnel, au psychologique compte tenu de la charge émotionnelle qui tourne autour de cette maladie. Selon le type d'appel, ils sont orientés vers des écoutants ayant des profils de soignants ou des psychologues. La maladie cancer suscite de très fortes inquiétudes et, dans certains cas, les patients ou/et leurs familles restent avec ces peurs : Cancer Info Service leur donne la possibilité de les exprimer.

**S. H. : Quels sont les appels les plus fréquents ?**

**Christophe :** Beaucoup d'appels sont générés par les émissions de télévision et reviennent par vagues, autour de sujets comme les cancers du sein ou de la prostate : les appelants nous demandent des informations sur le dépistage ou les traitements. Nous avons aussi des demandes de quasi-consultations médicales, auxquelles nous ne pouvons évidemment pas répondre ! Dans ce cas-là, nous orientons vers les médecins, à qui revient la prise en charge du patient. La majorité des gens qui nous appellent demandent en fait à être informés et orientés. Nous leur délivrons très souvent des informations générales sur la maladie.

**S. H. : Quelle est la tâche la plus difficile dans votre travail de téléconseiller ?**

**Christophe :** À l'hôpital, les éléments autres que la voix – le regard, le toucher, l'attitude – entrent en ligne de compte dans la communication avec le patient. Dans la téléphonie sociale, il n'y a que la voix ; le fait de ne pas avoir la personne en face-à-face modifie donc la donne : chaque mot est important, il faut délivrer une information maîtrisée, faire attention à tout ce que l'on dit pour ne pas laisser la place à des interprétations erronées. Tout peut être interprété. L'intonation que vous prenez, votre vitesse d'élocution, vos hésitations peuvent changer la perception par l'appelant de ce que vous lui dites. Cela exige de travailler sur soi-même pour livrer une écoute attentive, concentrée.

**S. H. : Êtes-vous directif lors des entretiens ?**

**Christophe :** Non, car nous laissons s'exposer chaque cas, qui est particulier. Toutefois, il faut guider l'appelant pour qu'il formule sa demande réelle, afin de pouvoir y répondre précisément. Nombre d'appelants ont tendance à se perdre dans le récit de leur maladie et oublier le pourquoi de leur appel.

**S. H. : Quelles sont les limites de votre travail de téléconseiller ?**

**Christophe :** Ce sont les questions auxquelles nous ne pouvons pas répondre, comme des demandes de diagnostic ou de consultations qui dépassent nos compétences ; dans ce cas, les appelants se sentent frustrés, nous ne pouvons que les renvoyer vers leur médecin ou d'autres professionnels de santé.

**S. H. : Qu'est-ce qui vous surprend le plus dans les appels que vous traitez ?**

**Christophe :** Le fait que les personnes disposent de peu ou pas d'informations, ne savent pas où aller et à qui s'adresser : beaucoup sont totalement perdues ! Je n'en avais pas réellement conscience en tant qu'infirmier hospitalier parce qu'à l'hôpital vous avez accès aux assistantes sociales, vous pouvez parler aux médecins, etc. En théorie car, dans la pratique, il y a un important déficit de communication entre le soignant et son patient : les personnes atteintes de cancer, quand elles sont face à leur médecin, l'écoutent et n'osent pas forcément l'interrompre ; elles l'ont installé sur un

piédestal, n'osent pas lui poser leurs questions de peur de se sentir bêtes, et restent donc avec ces interrogations. Ces questions qu'ils ont peur de poser à leur médecin, ils nous les posent.

### **S. H. : De quel type de questions s'agit-il ?**

**Christophe :** Ce sont souvent des interrogations légitimes et pertinentes : comment va se dérouler tel examen ? Que va-t-il se passer ensuite ? Pourquoi tel traitement ? En n'osant pas poser ces questions à leur médecin, les patients restent avec leur inquiétude, nourrie par manque d'information. D'une manière générale, les patients et leurs familles seraient moins inquiets s'ils disposaient de davantage d'informations tant en matière de prévention que de soins. Le cancer est encore une maladie qui fait peur alors qu'elle peut dans beaucoup de cas être soignée. La maladie n'est certes plus taboue mais d'importantes peurs subsistent, assises sur la méconnaissance de la maladie : beaucoup de gens nous appellent – y compris des conjoints de patients atteints – pour nous demander si le cancer est contagieux, s'il existe des pratiques à risque dans la vie à deux : en l'absence d'une information facilement accessible, les préjugés subsistent et alimentent des informations non fondées qui circulent comme des rumeurs.

En conclusion, les patients et leur famille sont parfois sous-informés et ce déficit d'information fait peur. D'autres n'ont, en revanche, pas envie d'être bien informés parce que certaines informations font peur. C'est une situation paradoxale donc complexe à dénouer.

### **S. H. : Peut-on être écoutant sans avoir une pratique professionnelle en parallèle ?**

**Christophe :** Cela me paraît extrêmement difficile. Je suis écoutant depuis huit mois, toujours aussi motivé, mais le quotidien du travail d'infirmier me manque. C'est parce que je suis infirmier que j'ai été choisi, je compte donc effectuer régulièrement des stages en milieu hospitalier pour ne pas perdre cet aspect pratique de mes compétences, pour renouer le fil qui relie mon travail d'écoutant à ma pratique professionnelle.

Propos recueillis par **Y. G.**

## **Les questions traitées sous quarante-huit heures : des demandes parfois pointues**

Quels sont les motifs d'appels qui nécessitent une recherche documentaire ? Voici trois questions qui ont été posées courant septembre 2004 à Cancer Info Service, avec les réponses qui ont été apportées après consultation du centre de documentation. La plupart des informations mentionnent la source d'où elles sont extraites.

### **Question du 20/09/2004 de C.**

Souhaite avoir des informations sur les vaccins anticancéreux en phase d'essais thérapeutiques aux États-Unis (quelle phase ?) et veut savoir « *quels sont les organismes aux États-Unis qui réalisent ces essais* » afin de proposer sa candidature ou « *la procédure pour participer à des essais thérapeutiques à l'étranger* ». Son médecin lui a fait savoir qu'aux États-Unis des progrès au niveau de la recherche ont été réalisés pour les vaccins anticancéreux (toujours en phase d'essais) et, s'il avait les coordonnées de cet organisme, il pourrait rédiger pour son patient (à savoir l'appelant qui a un cancer de la prostate et qui refuse de suivre le traitement mis en place) une « *lettre de recommandation* ». Cette personne a déjà appelé et posé la question 18 249. Il rappelle aujourd'hui et nous demande de ne plus tenir compte de cette question 18 249. Il souhaite maintenant avoir des réponses aux questions posées ci-dessus.

### **Réponse le 21/09/2004 à 17:06**

Cancer Info Service est principalement habilité à donner des informations concernant la France, notamment en ce qui concerne les médicaments actuellement utilisés pour traiter le cancer. Infos sur les essais cliniques aux

États-Unis : consulter le site web <http://clinicaltrials.gov/>, un service des NIH (*National Institutes of Health*) développé par la NLM (*National Library of Medicine*) pour les malades et celui de la FDA (*Food and Drug Administration*).

### **Question du 20/09/2004 de Delph.**

Demande si le produit s'appelant « Magic » (produit dépilatoire qui contiendrait du soufre) peut être cancérigène.

### **Réponse le 21/09/2004 à 17:05**

Le soufre ne figure pas dans la liste des produits considérés comme cancérigènes ou potentiellement cancérigènes publiée par le Centre international de recherche contre le cancer (Circ ou Iarc).

### **Question du 20/09/2004 de BV**

Recherche : amalgame dent

Personne ayant eu un cancer du sein, les amalgames dentaires sont-ils cancérigènes, doit-on les remplacer par des composites ?

### **Réponse le 21/09/2004 à 17:03**

Non, les amalgames dentaires ne sont pas cancérigènes. Ils libèrent de faibles quantités de mercure qui sont peu absorbées (la dose quotidienne absorbée est généralement inférieure à 5 µg), mais la seule pathologie très probable qui leur est liée est la survenue de rares réactions locales lichénoïdes, souvent associées à une sensibilisation au mercure.

*Source : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.*

# Sida : un accompagnement spécifique avec Ligne de vie

**Créée en 1997 au sein de Sida Info Service, le service de téléphonie sociale Ligne de vie offre aux personnes concernées par l'infection au virus du sida une écoute et un suivi. Ce, dans des moments particulièrement difficiles. Cette ligne se met aussi à l'écoute des patients atteints de cancers et d'hépatites ainsi que de leur famille.**

Au sein de Sida Info Service, Ligne de vie est un dispositif qui propose un suivi confidentiel et gratuit. Sida Info Service s'est engagé dans cette expérience parce que certaines souffrances, certaines solitudes, ne peuvent se dire que grâce à un lien suivi entre l'appelant et l'écouter, qui se développe dans le temps, avec du temps, quand l'individu se sent reconnu, identifié, même s'il est toujours conscient d'une certaine distance induite par le téléphone.

Le suivi est la relation qui va s'établir entre un appelant et un écoutant du service pendant quelques semaines, organisé autour de rendez-vous téléphoniques. L'écouter et l'appelant s'identifient chacun sous un prénom. Cette règle d'identification dans l'anonymat permet la prise de rendez-vous réguliers et donc le suivi qui constitue l'originalité de Ligne de vie.

La relation entre l'appelant et l'écouter – critères d'entrées dans un suivi, objectifs, durée – est précisément cadrée. Une fois ce cadre de référence bien fixé, le travail peut se concentrer sur le fond ; l'appelant, sécurisé par ce cadre, peut « dire » ce qu'il ressent, exprimer sa peur, sa douleur, ses émotions ; dans la relation duelle appelant/écouter, ce sont ces règles qui permettent à un échange de s'établir, dans un cadre « contenant », garanti par une instance extérieure : l'association.

En 2003, Ligne de vie a suivi cent quatre-vingt-dix personnes qui se trouvaient face à des situations douloureuses :

annonce de la séropositivité, de la maladie, perte d'un proche, première hospitalisation, nouveau traitement, effets des traitements sur la qualité de vie. Les appelants sont le plus souvent des personnes elles-mêmes touchées par la pathologie et évoquent les problèmes relationnels avec leurs proches (conjoint, famille, etc.). Cela s'inscrit fréquemment dans un état dépressif et une grande solitude.

Forte de son expérience d'accompagnement de personnes concernées par une pathologie grave (sida et hépatites) dont il est difficile de parler à son entourage, Ligne de vie a, en 2002, élargi son accueil aux personnes touchées par le cancer.

**Nadège Pierre**

Psychologue, coordinatrice régionale  
Pôle Paris, Sida Info Service.

Annick Verret, écoutante à Sida Info Service :

## « Des personnes qu'on ne verrait jamais en entretien en face-à-face »

Elle a été infirmière puis sage-femme, journaliste, formatrice en santé avant de devenir sexologue et conseillère conjugale et familiale. Pour Annick Verret, écoutante à Sida Info Service, la téléphonie sociale permet de toucher une population que l'on ne retrouve pas dans les consultations et les centres de soins. Et d'aborder des questions que les jeunes n'osent pas évoquer devant le médecin ou l'infirmière scolaire.

### **La Santé de l'homme : Quelles sont vos fonctions actuelles ?**

**Annick Verret :** Je suis écoutante depuis trois ans essentiellement à Sida Info Service, sexologue au Kiosque Info Sida à Paris et conseillère conjugale dans un centre de planification à Pantin (Seine-Saint-Denis).

### **S. H. : Quel est le profil des autres écoutants à Sida Info Service ?**

**Annick Verret :** Des professionnels de santé d'univers très différents : psychologues, médecins, infirmières, conseillères conjugales. Sida Info Service fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, nous sommes soixante écoutants, la plupart avec une autre activité, en général également dans le champ de la santé ou du social.

### **S. H. : Avez-vous le sentiment d'être utile dans votre travail d'écoute ?**

**Annick Verret :** Utile, certainement ! Le travail d'écoute, c'est du soin, une façon d'accompagner et de prendre soin de l'autre. On peut mener un entretien personnalisé, faire de la prévention. Pourtant, au départ, j'étais plutôt réticente : ayant une formation de psychologue, j'estimais que l'on ne peut faire du bon travail qu'en face-à-face, avec un suivi. Ma pratique d'écoute m'a fait réviser mon jugement.

Ensuite, au téléphone, nous avons affaire à des personnes que l'on ne ver-

rait jamais en entretien individuel : des personnes en souffrance, très démunies ou en situation précaire ; pour elles, il est impensable d'entrer dans une relation de face-à-face.

Quand vous allez voir un psychologue dans un centre médico-pédagogique, il faut souvent prendre un rendez-vous un mois avant. La téléphonie sociale permet d'inverser la démarche : si vous avez un problème, vous pouvez entrer en contact dans les minutes qui suivent avec une personne compétente, établir une relation duelle et anonyme, ce que nombre de nos appelants recherchent.

### **S. H. : Comment travaillez-vous ?**

**Annick Verret :** On prend du temps pour pouvoir mener un entretien individuel et personnalisé. Cette démarche est précieuse dans notre société qui délivre essentiellement des messages généraux de prévention : par exemple, utilisez des préservatifs pour ne pas attraper le sida. Or, les gens qui nous appellent ont des problématiques différentes : ils ont pris des risques, sont dans des addictions, dans la précarité, ils ont des problèmes d'orientation sexuelle : chacun est un cas particulier. Ils ne peuvent donc pas s'approprier des informations très générales de prévention. Que fait-on ? On les écoute dans leur contexte, on essaie de comprendre leur histoire, de voir avec eux comment ils peuvent prendre soin d'eux, prendre moins de risques dans leur sexualité, etc. Dans tous les cas,

cet échange téléphonique est une première étape : on leur propose toujours de rappeler, nous orientons certains vers d'autres dispositifs, centres de protection maternelle et infantile, de planification, centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), psychologues. En résumé, la téléphonie sociale est du sur mesure à un instant précis chez une personne qui est en difficulté.

### **S. H. : Quel profil ont les appelants et quels sont les principaux motifs d'appel ?**

**Annick Verret :** Il n'y a pas de profil type : ce sont des hommes, adultes mariés, adolescents, hétérosexuels, homosexuels, personnes âgées. Les demandes sont extrêmement variées : le premier motif d'appel, c'est l'inquiétude après une prise de risques ; chez les plus jeunes, c'est souvent un appel prétexte, ils n'ont pas forcément pris le risque qu'ils décrivent ; souvent, ils appellent car ils sont inquiets de façon disproportionnée par rapport à ce qu'ils ont fait. Nous avons avec eux un entretien de prévention, on parle de ce qui présente ou pas des risques. Chez les adultes, de nombreuses questions tournent autour du dépistage, de la fiabilité du test, des délais pour avoir les résultats ; beaucoup d'appelants ne comprennent pas qu'il faille attendre trois mois après une prise de risque pour une fiabilité totale du test. D'autres qui prennent régulièrement des risques pensent qu'ils sont à l'abri en pratiquant un test tous les deux mois. Nous leur donnons l'infor-

mation, nous travaillons avec eux sur leurs représentations, sur ce qui les amène à prendre des risques régulièrement ; si c'est une orientation sexuelle mal assumée, nous en parlons aussi.

Nous avons également beaucoup de personnes qui appellent pour un tiers – des parents, par exemple, pour leur adolescent. Chez les adolescents, un grand nombre de questions portent sur la contraception, les premières relations sexuelles : les jeunes sont assez démunis sur ce sujet, qu'ils peuvent difficilement aborder de vive voix avec l'infirmière ou le médecin scolaire.

**S. H. : Pourriez-vous nous citer le contenu d'un appel récent ?**

**Annick Verret :** Par exemple, une femme de 56 ans, mère de deux grands enfants et divorcée, vivant seule, a retrouvé l'été dernier un ami d'enfance. C'est le début d'une histoire d'amour jusqu'à ce qu'en septembre il lui annonce qu'il est séropositif ; elle veut arrêter la relation, elle dispose de très peu d'informations sur le sida, les risques, la transmission. L'échange n'était pas inutile : en fait, elle avait très peur de commencer une relation car, pour elle, cet homme pouvait mourir dans un ou deux ans. En fin d'entretien, je lui ai suggéré de nous rappeler et conseillé aussi un suivi sur un autre service : Ligne de vie. Je lui ai

aussi proposé de consulter avec son ami un sexologue au Kiosque Info Sida à Paris. Visiblement l'entretien a été profitable pour elle. Autre exemple : une femme vivant à la frontière suisse nous a appelés. Sa meilleure amie venait d'apprendre que son fils était homosexuel, elle s'était sentie complètement démunie sur le message à délivrer à cette amie. Elle appelait aussi pour elle car elle a des enfants qui sont adolescents et ne sait pas comment aborder la question de la sexualité et des préservatifs. En fait, nombre de personnes appellent au départ pour une autre personne puis, s'ils se sentent en confiance, abordent des questions plus personnelles.

**S. H. : Êtes-vous directive dans vos entretiens ?**

**Annick Verret :** Jamais. On répond précisément à la demande de l'appelant, on l'accompagne, on essaie d'envisager ensemble des solutions. Prenons un cas extrême : une personne appelle, elle nous explique qu'elle est séropositive, qu'elle fait des rencontres et ne se protège pas : si vous lui dites que ce n'est pas un bon comportement et qu'il faut mettre un préservatif sinon elle va contaminer l'autre, la personne raccroche au bout de quelques secondes et elle ne rappellera jamais. Cet exemple pour expliquer que si vous avez un discours tout fait de prévention, l'appelant ne se l'appropriera pas. Notre

intervention est tout autre : on discute pour examiner ensemble ce qui, dans la vie de l'appelant, l'a amené à prendre des risques, tant pour lui que pour les autres, on l'encourage, on essaie d'avancer avec lui.

**S. H. : Quelles sont les limites de votre fonction d'écouter ?**

**Annick Verret :** L'appel est anonyme, on n'a donc un appelant qu'une fois puisque, quand il rappelle, il a une chance infime d'être en contact avec le même écoutant. Pour les cas difficiles, un suivi serait nécessaire, mais nous ne pouvons pas le garantir. En outre, une fois qu'ils ont raccroché les gens repartent dans la nature, on ne sait pas ce qu'ils deviennent et on ne peut pas évaluer l'impact de l'entretien. On ne peut pas proposer de véritable suivi, sauf sur certaines lignes de téléphonie sociale. C'est parfois un peu dommage parce que certaines personnes sont réellement dans des situations très difficiles. Quand vous avez des personnes en face de vous en consultation, ce suivi est possible. En téléphonie sociale, il ne l'est pas (ou sur de rares services téléphoniques, ndr!). L'autre limite est que l'on n'a pas le droit à l'erreur : l'entretien est anonyme donc unique, si on n'est pas bon, on a le sentiment de ne pas avoir correctement aidé l'appelant.

Propos recueillis par **Y. G.**

# Derrière le tabacologue, une technique d'entretien téléphonique

**Comment écouter, accompagner, apporter une assistance professionnelle à un adolescent en difficulté ou un fumeur qui ne parvient pas à s'arrêter ? Médecin, spécialiste en addictologie, Henri-Jean Aubin livre un mode d'emploi pour tous ceux qui sont amenés, dans leur activité professionnelle, à « écouter », à « accompagner ». Ce métier exige de l'empathie, mais aussi une grande rigueur et une forte capacité à savoir s'effacer. Sans compter tous les pièges auxquels on est quotidiennement confronté.**

Le concept d'entretien motivationnel, développé dans les années quatre-vingt par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick (1), n'est pas seulement une technique : c'est un style relationnel, un état d'esprit, qui s'oppose à la confrontation (2). C'est l'intervention thérapeutique qui semble aujourd'hui la plus efficace pour faire progresser les personnes souffrant d'addiction. C'est également ce qui sous-tend le travail des tabacologues-écoutants de Tabac Info Service pour accompagner les appelants vers l'arrêt du tabac.

## **Le modèle transthéorique de changement**

Les personnes souffrant de conduites addictives passent généralement par six stades (3), de façon cyclique, mais parfois de façon plus anarchique (2). Au premier stade, celui de l'indétermination, la personne n'a pas conscience de l'existence d'un problème de conduite addictive ou alors le considère sans importance. Au second stade, celui de l'intention, elle reconnaît l'existence d'un problème et qu'il serait sans doute utile de faire quelque chose, mais repousse l'idée d'un changement dans un futur nébuleux. Au cours du troisième stade, celui de la préparation, elle commence à planifier un changement, par exemple en prenant des conseils ou en consultant. Au cours du stade quatre, l'action, elle met effectivement en œuvre le changement de comportement, par exemple l'arrêt de la consom-

mation ; ce stade est caractérisé par la mise en acte du changement, et non pas par des seules déclarations d'intention. Le cinquième stade, celui de consolidation, caractérise le travail de prévention de la rechute. Enfin, le stade éventuel de rechute ramène la personne vers un stade antérieur, le plus souvent celui d'intention.

Si l'on prend l'exemple du sevrage tabagique, le tabacologue doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient (ou l'appelant s'il s'agit d'un entretien téléphonique). Ainsi, il serait sans doute inapproprié de proposer directement une stratégie de sevrage à une personne qui serait à un stade d'indétermination ou d'intention. Au stade d'indétermination, le tabacologue s'attache plutôt à essayer de faire percevoir les risques et les problèmes liés à son tabagisme et ainsi faire apparaître un doute. Au stade d'intention, le travail consiste essentiellement à explorer l'ambivalence, en aidant la personne à exprimer l'éventail de raisons en faveur du changement, ainsi que les risques encourus à ne pas changer. Il faut également augmenter la confiance de la personne en sa capacité à changer de comportement. Au stade de préparation, il s'agit plutôt de proposer un choix de stratégies de changement et de lever les derniers obstacles. Au stade action, le thérapeute accompagne la personne dans le processus de changement de comportement, par

exemple le sevrage tabagique. L'encouragement est ici essentiel. Tout changement effectif, même incomplet, est à valoriser. Au stade de consolidation, le tabacologue propose des stratégies de prévention de la rechute et explore régulièrement l'ambivalence, afin de lever d'éventuels doutes sur l'intérêt de l'arrêt du tabac. Au stade de rechute, il s'agit de dédramatiser la situation et de pousser la personne à s'engager à nouveau rapidement dans les processus d'intention, de préparation et d'action.

## **Résistance et motivation au changement**

La résistance au changement n'est pas une caractéristique intrinsèque à la personne suivie, elle est plutôt le produit d'interactions successives entre celle-ci et ses proches et/ou son thérapeute. De même, la motivation au changement va dépendre de la qualité des échanges entre la personne et son entourage, et notamment son tabacologue. Elle se sentira prête à changer si elle perçoit l'importance du problème, en l'occurrence les conséquences de son tabagisme, et si elle a une confiance suffisante en sa capacité à mettre en œuvre le changement. Ainsi, un fumeur percevant très bien les conséquences de son tabagisme et les bénéfices de l'arrêt ne s'engagera pas dans un changement de comportement s'il n'a aucune confiance dans sa capacité à réussir. Inversement, un fumeur ayant une bonne confiance dans sa capacité

à changer de comportement ne s'engagera pas plus dans ce changement s'il n'en perçoit pas l'importance.

### Les objectifs de l'entretien motivationnel

L'objectif ultime des entretiens motivationnels est d'amener une personne à mettre en œuvre et à maintenir un changement de comportement. Pour atteindre cet objectif, le tabacologue va adopter des objectifs intermédiaires, en fonction du stade auquel se situe la personne.

### Les principes des interventions motivationnelles

À la lumière de l'ensemble des recherches entreprises autour de l'entretien motivationnel, les grands principes de ce type d'entretien sont les suivants :

- manifester de l'empathie : c'est montrer à la personne que l'on parvient à intégrer ce qu'elle pense et ressent, qu'on lui reconnaît ce droit, qu'on l'accepte, sans nécessairement approuver ;
- pointer les contradictions, mais éviter l'affrontement ;
- ne pas forcer la résistance de la personne ; la résistance peut se repérer essentiellement par quatre types d'attitude du patient : rejet de l'expertise du thérapeute, interruption défensive du discours du thérapeute, déni du problème, désintérêt face au discours du thérapeute ;
- renforcer le sentiment de liberté de choix. La « réactance » psychologique (peut-on expliquer ce concept en termes simples ?) se traduit par le fait qu'entraver le sentiment de liberté de choix et d'action entraîne un état de motivation particulier qui pousse à mettre en place des résistances ;
- renforcer le sentiment personnel d'efficacité, c'est-à-dire la confiance que la personne a en sa capacité à gérer correctement certaines situations. On a vu à quel point cette confiance était un élément fondamental de la motivation.

### Les pièges motivationnels

Certains pièges, dans la relation avec le patient, ou l'appelant dans le cas d'un entretien téléphonique, induisent facilement des résistances :

- le piège des questions/réponses, avec une succession de questions fermées. Les questions fermées invitent à une réponse brève, oui/non/un nombre, alors que les questions ouvertes

invitent l'interlocuteur à développer un point de vue. Exemple de question fermée : « *quand avez-vous prévu d'arrêter de fumer ?* », de question ouverte : « *que pensez-vous faire pour votre consommation de cigarettes ?* » ;

- le piège de la confrontation qui renforce les résistances. Notamment les attitudes comme expliquer, démontrer, prouver, éduquer, impressionner, faire réfléchir, persuader, vont avoir pour effet de renforcer la résistance si elles précèdent la demande de la personne suivie en entretien ;

- le piège de l'expert : « *on a les réponses à votre problème, on sait ce qu'il faut faire* » ;

- le piège du diagnostic : « *vous êtes dépendant du tabac, comme un toxicomane* » ;

- le piège de la focalisation d'emblée sur le problème ;

- le piège du jugement.

Compte tenu de ces multiples pièges, quelle stratégie adopter lors d'un entretien motivationnel ? Quatre axes fondamentaux se dégagent :

1. utiliser autant que possible des questions ouvertes. Éviter les questions fermées permet de montrer d'emblée à la personne ce que l'on attend d'elle, à savoir exposer systématiquement son propre point de vue et s'engager systématiquement dans une exploration personnelle de ses motivations ;

2. recourir à l'écoute en écho. Il s'agit de la reformulation du discours de la personne. À chaque fois qu'elle exprime un propos, notamment motivationnel, le thérapeute/l'écouter s'efforce d'en rechercher la signification la plus vraisemblable et de la reformuler sur un ton affirmatif. Cela permet à la personne d'entendre, de la bouche du thérapeute, les propos motivationnels qu'il a lui-même formulés. Le fait de l'entendre deux fois, d'abord de sa bouche, puis de celle du thérapeute, finit par donner du poids à ce type de propos. Les reformulations, placées judicieusement, permettent d'orienter le discours de la personne dans les domaines susceptibles d'accroître la motivation ;

3. favoriser l'expression des motivations de l'appelant : par des questions ouvertes l'invitant à s'exprimer sur les conséquences de son tabagisme, sur son inquiétude vis-à-vis de celles-ci, sur son intention de changement et sur sa confiance en sa capacité à mettre en œuvre ce changement ;

4. résumer : il est utile de faire régulièrement un résumé des différents éléments, notamment motivationnels, du discours de la personne suivie. Ce résumé se fait à plusieurs reprises tout au long d'un entretien, et plus encore à la fin, puis au début de l'entretien suivant.

Ainsi, le recours à ces techniques permet d'orienter sans cesse la personne vers la prise de conscience du problème puis la décision de changement.

Au-delà de la technique, l'entretien motivationnel est un style relationnel et un état d'esprit, centré sur la personne, caractérisé par l'importance de l'empathie, la reconnaissance et le respect des résistances, la notion de choix donné au patient ou à l'appelant, et de renforcement de l'efficacité personnelle. En plus d'un effet direct sur la motivation et l'efficacité thérapeutique, l'entretien motivationnel permet une amélioration du suivi du traitement.

**Henri-Jean Aubin**

Psychiatre, chef de service,  
Centre de traitement des addictions,  
Hôpital Émile-Roux (AP-HP),  
Limeil-Brévannes.

### ► Références bibliographiques

- (1) Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. New York: The Guilford Press, 2<sup>e</sup> ed., 2002: 419 p.
- (2) Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health behavior change. A guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999: 225 p.
- (3) Le modèle transthéorique de changement postule l'existence de six stades de changement. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : Stages of change and addictive behaviors. In: Miller W.R., Heather N. (Eds). *Treating addictive behaviors*. New York and London: Plenum Press, 1998: 3-24. et sida. Arcat sida, 1993.

# Tabac Info Service : ceux qui appellent pour « ne pas craquer » !

**Informé et accompagné, mais aussi déculpabiliser et rassurer : les tabacologues de la ligne Tabac Info Service consacrent en moyenne vingt minutes par « appelant ». Face aux appels d'Éric qui craque, de Marc qui arrête de fumer deux fois par semaine, et d'Isabelle qui a honte et le sentiment d'être « nulle », les écoutants doivent faire preuve d'empathie, en se gardant bien de porter un quelconque jugement.**

La ligne Tabac Info Service répond à plusieurs objectifs : l'information, l'orientation, l'aide à l'arrêt du tabac. Il s'agit pour les tabacologues qui répondent aux appelants de délivrer une information exacte, centrée sur le patient, là où il en est de son cheminement vers le sevrage tabagique. Si les appels et les demandes diffèrent, il existe néanmoins une ossature souple des entretiens qui s'appuient sur l'écoute active et l'entretien motivationnel.

Tabac Info Service propose aux personnes qui souhaitent arrêter de fumer de s'entretenir par téléphone avec un tabacologue de la ligne. En premier lieu, le tabacologue répond à la question de l'appelant, puis propose de parler des essais précédents, ce qui permet de situer la personne sur le cycle de motivation de Prochaska et DiClemente<sup>1</sup>. Ce cycle représente les différentes étapes d'un fumeur vers l'arrêt du tabac. Les tabacologues sont mis en relation essentiellement avec des appelants qui se situent vers la fin de l'étape de « contemplation », ils sont indécis et parlent d'un arrêt dans les six mois ou, à l'étape de décision d'arrêt, ils veulent arrêter dans les trente jours ou, à l'étape « action », ils sont en arrêt depuis moins de six mois.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- parfois, lors de la discussion sur les essais précédents ou dès la première question, les craintes de l'appelant sont révélées. Dans ce cas, le tabacologue les reprend et réfléchit sur celles-ci avec l'appelant, appuie sur les aspects positifs de l'arrêt précédent et donne les

informations nécessaires pour que la personne puisse comprendre les mécanismes qui lui ont fait reprendre le tabac. La discussion se poursuit sur ce qui pousse à vouloir arrêter cette fois-ci. La « balance motivationnelle » de l'appelant est alors explorée dans son ensemble ;

- dans d'autres situations, l'appelant parle très rapidement de ses motivations à l'arrêt. Si tel est le cas – et comme le suggère Rollnick, psychologue et l'un des pères de l'entretien motivationnel<sup>2</sup> –, le tabacologue lui demande éventuellement de noter de zéro à dix la confiance qu'a la personne en elle-

même pour l'arrêt du tabac et l'importance que revêt pour elle-même cet arrêt du tabac. La discussion qui s'ensuit veille à renforcer la confiance de l'appelant ou à donner les informations nécessaires pour augmenter l'importance de l'arrêt du tabac : deux éléments essentiels pour arrêter de fumer.

Les tabacologues disposent d'un créneau de vingt à trente minutes en moyenne par appel, ce qui surprend agréablement les appelants. La discussion se fait avec empathie, dans un climat de non-jugement et en respectant le rythme donné par l'appelant. La moti-

vation, outil essentiel de l'arrêt du tabac, est aussi entretenue par la possibilité de rappels de soutien. Pour illustrer ce travail d'accompagnement, voici trois cas, trois histoires différentes de fumeurs souhaitant arrêter ou en cours d'arrêt, ayant contacté Tabac Info Service.

### Éric : « Je craque ! »

Katia, téléconseillère de Tabac Info Service, reçoit un appel d'Éric, 46 ans. Celui-ci s'inquiète pour son arrêt, car il a ressenti de fortes envies de fumer dans la matinée alors qu'il est en arrêt sous substitut nicotinique depuis deux mois. Katia lui propose aussitôt une mise en relation avec une tabacologue de la ligne, Jeanne. Elle reprend avec Éric les modalités de cet arrêt : celui-ci a débuté il y a deux mois. Il souligne qu'il a eu, dès le début, des pulsions à fumer qui revenaient régulièrement. Pourtant, il a diminué très rapidement la posologie et ce matin, après quarante-huit heures à 7 mg de nicotine, il est à deux doigts de craquer.

Pour le moment, Jeanne décide de répondre à l'urgence et propose de réaugmenter la posologie du timbre à 14 mg par vingt-quatre heures tout en expliquant le mécanisme de la dépendance physique. Devant les peurs d'Éric ressenties à travers le mode d'expression, les intonations et le rythme de la voix, Jeanne propose à Éric de le rappeler deux semaines plus tard pour prendre le temps d'explorer les éléments de stress, d'anxiété et son niveau de confiance en soi, facteur important du maintien de l'arrêt.

Lorsque Jeanne rappelle Éric, celui-ci se sent beaucoup mieux sur le plan des pulsions à fumer. Il exprime ses craintes de diminuer à nouveau la posologie des substituts nicotiniques. La tabacologue explique le fonctionnement des patchs pour le rassurer à ce sujet et fait parler Éric au sujet de ses motivations à l'arrêt du tabac.

Puis elle lui demande de noter sur dix l'importance pour lui-même de l'arrêt du tabac et la confiance qu'il a en lui pour l'arrêt. Éric note l'importance à neuf sur dix et la confiance à six sur dix. Jeanne interroge Éric sur ce qui lui permettrait selon lui d'augmenter sa confiance en lui pour l'arrêt. Spontanément il répond « avoir moins de stress ». Jeanne reprend ce que dit Éric à propos

de son stress, qui est essentiellement professionnel. La discussion s'oriente sur ce qu'est le stress et les moyens pour y faire face. Il précise que son médecin traitant lui a prescrit un anxiolytique en cas d'anxiété importante. Il ne pratique aucune activité physique ou de loisir. Devant le peu de temps dont dispose Éric pour prendre soin de lui actuellement, Jeanne lui explique comment pratiquer des « minirelaxations » : assis confortablement, souffler doucement en rentrant le ventre. Sur ce temps d'expiration, associer une image positive et neutre émotionnellement de calme et de détente. Puis inspirer lentement en gonflant le ventre. Pratiquer cette respiration pendant deux ou trois minutes plusieurs fois dans la journée l'aidera à diminuer l'intensité du stress.

Lors d'un appel suivant, Éric évoque encore le stress et une prise de poids, qui est de sept kilos. Ces éléments « négatifs » risquent de diminuer la motivation d'Éric. Jeanne parle de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique en discutant de l'intérêt de celle-ci pour la gestion du stress et pour modérer la prise de poids. Éric réfléchit à la possibilité d'intégrer à nouveau dans son emploi du temps le sport qu'il pratiquait auparavant. À la demande de Jeanne, Éric parle des aspects positifs qu'il découvre lors de son arrêt. Il parle notamment de l'odorat, qui est plus fin, et du souffle, qui est meilleur.

Au cours d'un dernier appel, Éric, qui en a terminé avec les substituts nicotiniques, n'évoque plus de réelles difficultés, mais une certaine nostalgie. Jeanne lui propose de retravailler sa motivation s'il sent que la nostalgie devient plus importante. Aujourd'hui, Éric est à quatre mois d'arrêt du tabac

### Marc : « Rien n'a marché ! »

« J'arrête de fumer deux fois par semaine, j'ai tout essayé : les patchs, l'hypnose, l'acupuncture, etc. mais rien n'a marché ! Pourquoi, moi, je n'arrive pas à arrêter de fumer ? » Voici ce que cet homme de 47 ans déclare à Véronique, la tabacologue de Tabac Info Service.

Véronique reconnaît la difficulté et les efforts de Marc et donne quelques informations sur les différents aspects de la dépendance. Elle le félicite de sa détermination et l'interroge sur ses

motivations initiales. C'est ainsi qu'elle apprend que Marc a subi une ablation d'un demi-poumon pour abcès et qu'il ne supporte plus l'idée de cette dépendance. Une grande culpabilité est exprimée vis-à-vis de ses enfants, de son épouse. Si l'importance de l'arrêt est majeure pour lui-même, Marc n'a pas du tout confiance en lui pour sa capacité à arrêter.

Véronique lui suggère d'explorer les différentes facettes de sa balance motivationnelle, autrement dit ce qui l'incite à continuer de fumer – bénéfiques de l'arrêt et craintes de l'arrêt – et ce qui le pousse à arrêter de fumer – les inconvénients de fumer et les bénéfices attendus de l'arrêt. Cette analyse permet de mettre au jour notamment l'ambivalence de Marc lors des retrouvailles en soirée avec son épouse, qui fume, ce qui est l'un des freins au maintien de l'arrêt.

Après la balance motivationnelle, Véronique demande à Marc de parler plus précisément de sa consommation de tabac, qui se situe à trente cigarettes par jour ; son test de Fagerström s'élève à huit, ce qui indique une dépendance physique forte. Ce constat donne l'occasion à Véronique d'expliquer à Marc que les pulsions à fumer importantes ressenties lors d'un essai sous patch étaient certainement en partie liées à un sous-dosage de nicotine.

Marc se sent plus confiant pour arrêter de nouveau. Véronique lui propose un suivi dans une consultation de tabacologie, mais l'appel indique de nombreux voyages professionnels à l'étranger qui risquent de compromettre le succès de ce suivi. Un rendez-vous téléphonique est alors prévu la semaine suivante pour le soutenir dans sa démarche.

Lors de l'appel suivant, Marc est heureux d'apprendre à Véronique qu'il est à six jours d'arrêt avec un dosage adéquat de substitut nicotinique par patchs et que sur le plan physique cela se passe très bien. Il exprime encore des craintes de reprendre lorsqu'il discute le soir avec sa femme. Véronique aide son interlocuteur à réfléchir à ce qu'il peut mettre en place comme comportement lorsqu'il sent l'envie de fumer apparaître dans ces moments. L'expérience de Marc dans ses arrêts précédents et les informations qui ont

été données lui permettent d'exprimer quelques idées sur cette question – demander à son épouse de différer sa cigarette, sortir quelques minutes lorsque sa femme fume, se féliciter d'avoir tenu, etc.

La tabacologue introduit la possibilité pour Marc de prendre un comprimé de nicotine en complément du timbre, si son médecin traitant est d'accord, lorsque la maîtrise de la situation stressante lui échappe et que l'envie de fumer prend le dessus. Rendez-vous de suivi prévu deux semaines plus tard.

Deux mois après le premier entretien téléphonique, les difficultés diminuent, mais Marc reste fragile par rapport au stress et en soirée.

### Isabelle : retrouver la condition physique

À 64 ans, Isabelle n'a jamais arrêté de fumer. Elle en a assez d'être, dit-elle, « une pestiférée » entourée de nombreux non-fumeurs. Elle avoue très peu de motivations à l'arrêt, mais téléphone quand même devant la pression de sa famille et du chirurgien qui va bientôt l'opérer d'une prothèse de hanche. Pour elle, seule la volonté compte et il n'est pas question de prendre des substituts nicotiques. Son test de Fagerström est à huit, signe d'une dépendance

physique importante qui pourrait relever d'un traitement de substitution nicotinique. Florence, la tabacologue de la ligne Tabac Info Service, ne contre pas cette croyance et préfère dans un premier temps explorer cette motivation ambivalente. La balance motivationnelle montre que les raisons de fumer sont effectivement nombreuses – « cigarette-compagne », plaisir, geste, identité de fumeuse qui refuse de « vieillir » et rébellion sur l'obligation d'arrêt. Elle décrit aisément les gênes à fumer dont elle ne parlait absolument pas au début de l'entretien : le fait d'être esclave, d'abîmer son appartement refait à neuf, la honte ressentie et le sentiment « d'être nulle ». Cette réflexion permet à Isabelle de voir ses propres contradictions et de réaliser elle-même l'importance de son ambivalence. Ensuite, la tabacologue peut évoquer la possibilité d'un arrêt parce qu'Isabelle peut l'entendre à ce moment-là. Sa crainte est surtout de grossir et les bénéfices qu'elle envisage sont une victoire sur elle-même, pouvoir voir sa famille sans honte, protéger la santé de son fils asthmatique, faire des économies ainsi qu'avoir une meilleure condition physique pour son opération. En apportant une information sur les substituts nicotiques et sur le leurre de « la volonté », la tabacologue conforte Isabelle dans la possibilité de l'arrêt. Pour terminer, elle lui demande

si elle accepterait l'aide d'un des tabacologues de l'hôpital où elle sera opérée. Isabelle rejette l'idée dans un premier temps car « ne veut pas les déranger... » puis réalise qu'elle a le droit d'être aidée et décide de prendre rendez-vous.

En conclusion, notre expérience montre qu'il est possible dans de nombreux cas d'augmenter la motivation lors d'entretiens téléphoniques. L'outil téléphone permet aux appelants une réflexion en profondeur qui les surprend souvent. Toutefois, les entretiens ne remplacent jamais un suivi direct et médicalisé requis par certains de nos appelants.

#### Francine Jolival

Psychiatre, tabacologue,  
Tabac Info Service, Paris.

#### Catherine Minot

Infirmière, tabacologue,  
Tabac Info Service et consultations  
de tabacologie, Comité départemental  
de La Ligue contre le cancer, Amiens.

1. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : stages of change and addictive behaviors. In: Miller W.R., Heather N., (Eds). *Treating addictive behaviors*, 1998: 3-24.
2. S. Rollnick, psychologue anglais, a beaucoup travaillé avec W. Miller sur les changements de comportements de santé. Ils ont élaboré et développé une approche dite « entretien motivationnel » pour renforcer et augmenter la motivation au changement des personnes, diminuer les résistances et perte de motivation.

### Bibliographie

- Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health Behavior Change: a guide for practitioners*. London: Churchill Livingstone, 1999: 225.
- *L'entretien motivationnel : un guide de formation* – textes originaux et adaptation de l'anglais par Rossignol V., 2001. [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org)
- Aubin H.-J., *L'entretien motivationnel : faire progresser les patients dans les stades de changement, jusqu'à la solution de leurs problèmes*. Le courrier des addictions 3 ; n° 3 : 117-8.
- Fagerström K.O. *Measuring the degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment*. *Addict. Behav.* 1978; 3: 235-41.

# Addictions : des réponses par téléphone... et sur Internet

Depuis quatre ans, la ligne de téléphonie sociale Drogues Alcool Tabac Info Service a développé un service d'information complémentaire sur Internet : des professionnels répondent sous les quarante-huit heures à toute question portant sur les addictions. Dix-sept mille questions/réponses sont consultables en ligne, couvrant une bonne partie du champ des questionnements possibles. Cette culture de communication « SMS » ne peut toutefois être qu'un simple complément à l'écoute et à l'échange en face-à-face.

Créé il y a bientôt quinze ans, Drogues Alcool Tabac Info Service, le 113, est le service national d'accueil téléphonique pour l'information et la prévention en matière de consommations de drogues. Placé sous l'autorité de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), depuis quatre ans, il est accessible sur son site Internet : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr) par le biais de deux rubriques : « Adresses utiles », qui est la version électronique du répertoire et où le public peut trouver les coordonnées de la plupart des structures spécialisées qui interviennent dans le champ des drogues et toxicomanies. « Vos questions/nos réponses », qui est un espace de dialogue où le public peut poser ses questions et obtenir une réponse personnalisée et validée en quarante-huit heures. Parmi les écoutants du 113, certains avaient une activité professionnelle annexe dans l'écriture : auteur, pigiste, écrivain, enseignant de français, etc. Ce sont eux, aujourd'hui, les rédacteurs de la rubrique « Vos questions/nos réponses » du site de la Mildt.

Il n'est pas facile de demander de l'aide. Le public que nous avons au téléphone nous le dit : « *je n'osais pas* », « *c'est de la drogue quand même...* », « *c'est bien anonyme n'est-ce pas ?* ». Si pour dire, parler n'est pas aisé, offrir une interface où on peut s'exprimer par écrit est véritablement une offre complémentaire. Ainsi, le public peut travailler sa question, seul ou à plusieurs, la faire lire, la laisser reposer, la « peaufiner »... puis faire de même avec notre réponse. Ce travail de l'écrit permet déjà

une réflexion, une mise à distance de l'angoisse, de l'anxiété et par là une demande peut être plus pensée, peut être plus aboutie, comme si la contrainte de l'écrit permettait de déplacer l'angoisse de fond vers une angoisse de forme...

## Les limites des réponses écrites

Des analogies existent entre le travail au téléphone et la réponse par l'écrit. Ainsi, l'écoute est-elle remplacée par la lecture, la parole par l'écrit. Le fait que les rédacteurs aient tous un rapport privilégié à l'écriture se retrouve pleinement lors des réponses aux questions

concernant la prévention, le conseil et le soutien. En sus de l'analyse de la demande, s'inscrit une analyse grammaticale et de syntaxe qui engage le rédacteur à la précision dans l'information mais aussi dans le choix des mots du conseil et du soutien. Quand il s'agit de répondre, par exemple, à des questions d'ordre général portant sur un usage problématique : « *il ne veut pas arrêter, que faire ?* » ou encore « *on ne parle plus, comment trouver les mots ?* »

Nous ne faisons pas d'analyse (autre que grammaticale) ni par l'Internet, ni

## « Je pense qu'il est pris par le LSD »

**Quels types de questions sont déposés dans la boîte de Drogues Alcool Tabac Info Service ? En voici deux qui résument les motifs d'appels et les préoccupations majeures des jeunes qui nous interpellent. Les questions vont droit au but, elles témoignent de l'isolement, voire de l'angoisse de ceux qui les posent.**

« Bonjour, depuis presque sept mois je vais en teuf régulièrement avec des amis dont un que je connais depuis assez longtemps... Je commence à m'inquiéter de l'évolution de mes prises, qui sont de plus en plus fortes et qui sont à base de trip, etc. Depuis ma dernière teuf, je souhaite réellement arrêter ce genre de bêtises, car on ne s'en rend peut-être pas assez compte mais ce genre de produits est très fort... mais pour sûrement réussir ceci, j'aurais aimé inciter mon ami à arrêter avec moi... malheureusement je ne sais comment lui en parler... Il prend depuis plus de deux ans et je pense qu'il commence à être sérieusement pris par le LSD. Je ne vois vraiment pas comment l'inciter... si vous aviez une idée... merci. »

Pierrick, 17 ans, Seine-et-Marne.

« Après un sevrage médical dans un hôpital, mon père a tenu environ trois mois sans boire. Il est suivi par un alcoologue une fois par semaine et il vient de faire une rechute. Son médecin lui a donné du Lysanxia® pour une période de un mois. Malgré ça, il reboit de façon croissante et le centre d'alcoologie qu'il fréquente est fermé jusqu'au 16 août. Que pouvons-nous faire et qui devons-nous voir ? Merci de votre aide. »

Sylvie, 33 ans, Hérault.

au téléphone, et les limites de nos réponses sont clairement définies par le passage de relais aux professionnels du secteur. Que ce soit vers les centres de documentation, les centres de soins ou les réseaux de professionnels, une orientation est systématiquement proposée aux internautes. En ce sens, comme au téléphone, la rubrique « Vos questions/nos réponses » est un outil-relais avec le dispositif sanitaire et social.

Nous avons tenu à ce que toutes les questions du public ainsi que toutes nos réponses soient en permanence publiées sur le site Internet et ouvertes à tous les visiteurs. Cette lisibilité permanente permet au public « simple lecteur » de trouver parmi les dix-sept mille questions/réponses que propose la rubrique, la ou les réponses concernant ses interrogations. La rubrique « Vos questions/nos réponses » est visitée en moyenne six mille cinq cents fois par mois.

### La culture « SMS »

Une culture de l'écrit est en train de refaire surface ; qu'elle se traduise par SMS ou Texto, c'est bien le même sup-

port du signe qui est employé, et derrière tous ces noms barbares de « net/texto/email-counseling/IRC », etc., c'est bien de cela dont il s'agit. Comme au téléphone, il faut rester humble car ce n'est qu'une amorce de quelque chose qui se joue ici. Cependant, n'y a-t-il pas là aussi possibilité, pour ce fameux « dé clic » dont on parle tant en toxicomanie, de trouver une place ?

La demande d'information représente 70 % des questions traitées et si, au téléphone, ces demandes sont une entrée, un « sésame » permettant au public d'introduire une demande plus intime, sur l'Internet, la demande d'information est beaucoup plus « pointue » et exige une mise à jour des connaissances et un suivi de « l'actualité des drogues ».

Le public de la rubrique « Vos questions/nos réponses » est le même public que celui qui utilise l'Internet. Il s'agit d'un public jeune, de 14 à 35 ans, dont beaucoup de scolaires. L'outil Internet nous autorise une nouvelle pédagogie des drogues en nous permettant d'accueillir, d'accompagner, de

proposer des liens vers des documents, des tests, des quiz, des jeux, des espaces de dialogue, etc.

À l'avenir, nous tenterons d'exploiter ces interfaces de dialogue de manière plus précise. Il est plus gérable, en effet, de thématiser les espaces de dialogue sur des sujets précis ou encore pour des populations définies : jeunes et cannabis / étudiants et enseignants / forums professionnels, etc. Ces outils médias remplissent pleinement leur rôle pédagogique en matière d'information. Dans le cadre plus « intime » de la demande d'aide, l'écrit comme le téléphone, cela nous permet d'aider le public à réfléchir sur sa demande et nous permet de l'aider à demander de l'aide.

**Denis Guigon**

Référent « Vos questions/nos réponses »,  
Drogues Alcool Tabac Info Service, Paris.

#### Pour en savoir plus :

[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr) – Drogues Alcool  
Tabac Info Service – numéro vert : 113

# Pour en savoir plus

La notion de téléphonie sociale a été proposée lors du colloque européen « Familles au bout du fil : les services téléphoniques en questions », organisé par la Fédération nationale de l'école des parents et des éducateurs (Fnepe) en 1991 (Chauvière M., Frotié B. *La téléphonie sociale : perspectives sociologiques. Revue française des affaires sociales* 1998 ; 2 : 168). Les actes de ce colloque ont été publiés dans la revue de la Fnepe, *Le Groupe Familial* 1992 ; 136 : 29-125.

La bibliographie sur la téléphonie sociale est nécessairement multithématique. Ainsi, après avoir défini des termes tels que écoute, relation d'écoute ou counseling, nous avons abordé la téléphonie sociale sous un angle sociologique, psychologique et économique (généralités), puis nous nous sommes attachés à dresser un portrait de l'appelant (Qui parle de quoi ? Étude sur les appelants) et enfin dans la rubrique intitulée « Qui répond ? » nous avons repéré des publications centrées autour du métier d'écouter et des formations possibles.

## ► Définitions

**Écouter** : v.tr du latin auscultare-> ausculter.

1. s'appliquer à entendre, diriger son attention vers (des bruits, des paroles...);
  2. accueillir avec faveur (ce que dit quelqu'un), jusqu'à apporter son adhésion, sa confiance;
  3. écouter soi-même, suivre son inspiration.
- In : *Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française*, 2001.

D'après les travaux de Carl Rogers, huit attitudes essentielles accompagnent **une relation d'écoute** : la singularité et la centration sur la personne, l'empathie, la congruence ou la présence, le regard positif inconditionnel, le respect de la vie privée des personnes, la globalité de la personne, la nature et les conditions de la demande, et la compétence.

Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : Éditions sociales françaises, 1994, 235 p.

**Le counseling** est une « forme d'accompagnement psychologique et social, [qui] désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concerne. »

Tourette-Turgis C. *Le counseling*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 3133, 1996 : p. 25.

## ► Généralités

- Chauvière M., Frotié B. *La téléphonie sociale. Revue française des Affaires sociales*, 1998 ; 2 : 167-79.
- Chauvière M., Tronche D. *Qualifier le travail social : dynamique professionnelle et qualité de service*. Paris : Dunod, 2002 : 144 p.
- Fassin D. *Des maux indicibles : sociologie des*

*lieux d'écoute*. Paris : La découverte, 2004 : 198 p.

- Ferrarini Y., Ourlin B., Reymes N., Quemin A., De Gaulmyn M.-M. *Dossier téléphonie sociale : 2. L'entraide au risque du marché*. Observations et témoignages 1999 ; 16 : 6-25.

- Inspection générale des affaires sociales. *La téléphonie sociale entre information et écoute du public* In : *Rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales*. Paris : Igas, 1998 : 59 p.

- Jaffrin S. *Les services d'aide psychologique par téléphone*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 2682, 1992 : 127 p.

- Le Lidec C., Pierre B. *Les centres d'appels téléphoniques dans les services publics*. Gestions hospitalières 2002 ; 421 : 822-4.

- Serfaty A. *Les services téléphoniques sur les questions de santé*. ADSP 2002 ; 38 : 82-5.

- *Téléphonie sociale, quel paysage ?* Contact Santé 2001 ; 163 : 8-15.

- Thévenet A., Marce F., Gras M. *Dossier téléphonie sociale : 1. Unités et disparités*. Observations et témoignages 1999 ; 15 : 20 p.

## ► Qui parle de quoi ? Études sur les appelants

- Boisset A., Benloulou G. *Être écouté anonymement et immédiatement motive la plupart des appels*. Lien social 2002 ; 619 : 8-9.

En ligne : <http://www.lien-social.com/archives/archiv2002.htm> [Dernière visite 11/10/2004]

- Cadéac B., Lauru D. *Génération téléphone : les adolescents et la parole*. Paris : Albin Michel, 2002 : 222 p.

- David E., Simon M.-O. *Éléments de perception sur les services d'écoute et d'information à caractère social*. Paris : Crédoc, coll. des rapports n° 218, 2001 : 150 p.

- Lauru D. *La téléphonie clinique*. Vie sociale 2002 ; 3 : 79-87.

- Simon M.-O. *Les deux tiers de la population prêts à faire appel à la téléphonie sociale*. Consommation et modes de vie 2001 ; 154 : 4 p.

- *Quand l'adolescent appelle*. L'école des parents, 2003, hors-série n° 1 : 6-59.

## ► Qui répond ?

### Le métier d'écouter

- Assouline R., Le Hunsec J.-M., Muller F. *Écouter. Informations sociales* 1995 ; 47 : 95-103.

- Catal A. *Des lieux d'écoute pour quoi faire ? 2,5 millions de personnes y ont recours*. Lien social 2002 ; 619 : 4-7.

En ligne : <http://www.lien-social.com/archives/archiv2002.htm> [Dernière visite 11/10/2004]

- Chauvière M. *La téléphonie sociale entre bénévolat et salariat : réflexions sur un paradoxe après le colloque de novembre 2001. Point de vue*. *Revue française des affaires sociales* 2002, 4 : 63-71.

- Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc Roussillon. *... Pour réfléchir sur les formes d'écoute*. Montpellier : Cres Languedoc-Roussillon, 2003 : 15 p.

- Facy F., Salles A., Jouve D. *L'écoute téléphonique : un outil de prévention du risque alcool*. Paris : Éditions EDK, 2000 : 94 p.

- Favard B. *Sida Info Service : métier écoutant ; écouter, un métier ?* (vidéo). Paris : Sida Info Service, 2000, 1 u., Vhs, secam, 46 14 + 32 min, coul.
- Georges J. Les permanences téléphoniques : un outil d'une valeur considérable pour prodiguer l'information et le soutien. In : *Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action*. Paris : Serdi, Fondation Médéric Alzheimer, 2002 : 136-40.
- *L'écoute au téléphone, un métier ?* Le groupe familial 1995 ; 148 : 1-96.
- *Les métiers de la téléphonie*. Paris : L'Harmattan, convergences téléphoniques 2001 : 118 p.
- *Les métiers de la téléphonie : entre éthique et marketing*. Convergences téléphoniques 2001 ; 1 : 1-116.
- Vannesse A. *Écouter l'autre : tant de choses à dire*. Lyon : Chronique sociale, 1998 : 89 p.

### Formations

- Artaud J. *L'écoute : attitudes et techniques*. Lyon : Chronique sociale, 1995 : 187 p.
- **Comment dire**  
C'est un organisme de formation et d'interven-

tion pour le développement du *counseling* dans le domaine de la santé, et plus particulièrement concernant l'infection par le VIH. Il développe des programmes de formation, édite des guides pédagogiques et produit des films documentaires.

mél : Commentdire@compuserve.com  
http://www.commentdire.com/ [Dernière visite 11/10/2004]

### • L'École des parents et des éducateurs d'Ile-de-France (Epe)

Elle a une mission d'accueil, d'écoute, d'information et de guidance des familles et de ceux qui travaillent avec elles. Elle organise des formations sur différents thèmes, dont deux sur l'écoute dans la relation d'aide et sur l'écoute au téléphone.

La formation intitulée « L'écoute dans la relation d'aide » s'articule autour des buts et concepts de la relation d'aide, des situations de communication, des motivations de l'aidant, de l'écoute, de l'accueil et de l'entretien dans la relation d'aide.

La formation intitulée « Écouter au téléphone » s'attache à la structure de l'entretien téléphonique, à la transformation de la demande informative et aux motivations du chargé d'accueil.

École des parents et des éducateurs : 5, impasse Bon-Secours, 75543 Paris Cedex 11.  
Tél. : 01 44 93 44 88 – Mél : epe@epe-idf.com  
http://www.epe-idf.com/

Le catalogue des formations de l'École des parents et des éducateurs Ile-de-France est disponible à l'adresse suivante :

http://www.epe-idf.com/Catalogue/home.htm [Dernière visite 2/11/2004]

**Olivier Delmer, Anne Sizaret**  
Documentalistes à l'INPES.

# Santé publique

# sommaire

n°2 juin 2004

## Éditorial

Infirmières et santé publique  
...infirmières de santé publique  
C. Colin, S. Gendron, G. Gérald-Pointel,  
J.P. Deschamps

## Politiques

La santé publique au Québec à l'aube  
du XXIe siècle  
C. Colin

Les infirmières et la santé publique :  
évolution des missions et des formations  
J. Pommier, J.P. Deschamps

## Études

Problèmes, priorités et stratégies  
des organisations d'infirmières  
P.F. Clark, D.A. Clark

Elaboration d'un référentiel de compétences  
pour exercer la profession d'infirmière  
en milieu scolaire  
K. Pingoud

L'exercice infirmier dans un contexte  
d'isolement géographique.  
Implications pour la formation  
G. Berteloot, R. Gagnayre, J.F. D'Ivernois

## Revue de littérature

Le marché du travail en soins infirmiers  
au Canada (1985-1999)  
G. Dussault, M.A. Fournier, M.S. Zanchetta,  
S. Kérouac, J.L. Denis, L. Bojanowski,  
M. Carpentier, M. Grossman

## Dossier : les infirmières et la santé publique au Québec. 56 pages

Coordination : Christine Colin

## Lettres du terrain

Parcours et témoignages d'infirmières  
L. Fond-Harmant

Infirmière... puis responsable d'enseignement  
en santé publique  
D. Billot

La formation... mais aussi la confrontation  
avec le terrain  
M. Hette

De l'hôpital à l'assurance-maladie...  
N. Gilson

De l'action humanitaire à la pédagogie de la  
santé  
C. Marchand

Infirmière de santé publique : une approche  
différente de l'homme et de sa santé  
O. Aromatario

## Pratiques

L'important, c'est le chemin..., trajectoire  
d'une infirmière brésilienne  
C. Masselli

Éduquer le patient, des compétences  
infirmières au carrefour  
du soin et de la pédagogie  
I. Berthon

La santé publique et les formations  
d'infirmières et cadres de santé  
G. Gérald-Pointel

La perception de la santé publique des  
infirmières à l'hôpital  
J. Pommier, A. Laurent-Beq, B. Beurrier, S. Fidan, L.  
Guilhem, L. Jeandel, V. Ligoure, V. Thomas

Infirmières de santé publique : un métier en  
travaux  
K. Benhamou-Levillain

## Lectures



# Les principaux services de téléphonie sanitaire et sociale en France

Il n'est pas toujours facile d'y voir clair parmi les nombreux services téléphoniques d'information et de soutien dans le champ de la santé et du social. Les dispositifs que nous avons sélectionnés dans la liste suivante correspondent tous à des numéros nationaux et ils sont financés sur des fonds publics et/ou mis en place par des associations reconnues d'utilité publique.

Viêt Nguyen-Tham, Chargée de mission à l'INPES.

Dénomination	Numéro et prix de l'appel	Site internet associé	Mission	Pilotage
<b>Addictions</b>				
Tabac Info Service	0 825 309 310 0,15 euros/min		Aide à l'arrêt du tabac, centre de ressource pour les professionnels de la santé.	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).
Drogues Info Service	0 800 23 13 13 (appel gratuit depuis un poste fixe / pour les portables, appel non surtaxé en composant le 01 70 23 13 13).	<a href="http://www.drogues.gouv.fr">www.drogues.gouv.fr</a>	Information, conseil, orientation dans le domaine des drogues.	Drogues Alcool Tabac Info Service (Datis), groupement d'intérêt public.
Écoute Cannabiz Ouverture en décembre 2004	0 811 91 20 20 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.drogues.gouv.fr">www.drogues.gouv.fr</a>	Information, aide, orientation dans le domaine du cannabis.	Drogues Alcool Tabac Info Service (Datis), groupement d'intérêt public.
Écoute Alcool Ouverture en décembre 2004	0 811 91 30 30 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.drogues.gouv.fr">www.drogues.gouv.fr</a>	Information, aide, orientation dans le domaine de l'alcool.	Drogues Alcool Tabac Info Service (Datis), groupement d'intérêt public.
<b>Maladies chroniques</b>				
Cancer Info Service	0 810 810 821 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.ligue-cancer.asso.fr">www.ligue-cancer.asso.fr</a>	Information, conseil, soutien dans le domaine du cancer.	Ligue nationale contre le cancer (LNCC).
Sida Info Service	0800 840 800 appel gratuit	<a href="http://www.sida-info-service.org">www.sida-info-service.org</a>	Information, prévention, orientation, soutien dans le domaine du sida et des IST. Service disponible en anglais, arabe, espagnol et bambara.	Association Sida Info Service.
Hépatites Info Service	0 800 845 800 appel gratuit	<a href="http://www.sida-info-service.org">www.sida-info-service.org</a>	Information, prévention, orientation, soutien dans le domaine des hépatites.	Association Sida Info Service.
Écoute Handicap moteur	0 800 500 597 appel gratuit	<a href="http://www.apf-moteurline.org">www.apf-moteurline.org</a>	Écoute, soutien, information généraliste et orientation des personnes handicapées motrices.	Association des paralysés de France, reconnue d'utilité publique.
Écoute Mission Sclérose en plaques	0 800 85 49 76 appel gratuit	<a href="http://www.sclerose-en-plaques.com.fr">www.sclerose-en-plaques.com.fr</a>	Écoute, information et soutien des personnes concernées par la sclérose en plaques.	Association des paralysés de France, reconnue d'utilité publique.
Allô Diabète	01 40 09 68 09	<a href="http://www.afd.asso.fr">www.afd.asso.fr</a>	Écoute, information et conseils aux personnes concernées par le diabète.	Association française des diabétiques, reconnue d'utilité publique.
Ligne de vie	0 810 037 037 coût d'une communication locale pour le premier appel, appel gratuit pour le suivi.	<a href="http://www.sida-info-service.org">www.sida-info-service.org</a>	Accompagnement et aide en matière d'éducation thérapeutique aux personnes atteintes par le VIH, les virus hépatites et les cancers.	Association Sida Info Service.
Maladies rares Info Services	0 810 63 19 20 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.plateforme.maladies-rares.org">www.plateforme.maladies-rares.org</a>	Écoute, information, orientation et mise en relation de personnes atteintes ou concernées par une maladie rare.	Plateforme Maladies rares (groupement d'associations).



Dénomination	Numéro et prix de l'appel	Site internet associé	Mission	Pilotage
<b>Santé des jeunes</b>				
Fil Santé Jeunes	0 800 235 236 appel gratuit	<a href="http://www.filsantejeune.com">www.filsantejeune.com</a> ou <a href="http://www.filsantejeunes.com">www.filsantejeunes.com</a>	Écoute, information, orientation des jeunes en matière de santé physique, psychique et sociale.	École des parents et des éducateurs (Epe) d'Ille-de-France, association reconnue d'utilité publique.
Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée – Service public dit Allô enfance maltraitée	119 appel gratuit	<a href="http://www.allo119.gouv.fr">www.allo119.gouv.fr</a>	Écoute, assistance, information et orientation des personnes confrontées à des situations de maltraitance à enfants ; transmission de dossiers aux autorités concernées.	119-Allô Enfance maltraitée, groupement d'intérêt public.
<b>Sexualité, contraception</b>				
Écoute Sexualité Contraception	01 48 07 29 10, puis orientation vers des numéros verts locaux (exemple : 0 800 803 803 pour Paris, 0 800 105 105 pour Marseille et une partie du sud de la France).	<a href="http://www.planning-familial.org">www.planning-familial.org</a>	Information, conseil ou réponses à des problèmes liés à la sexualité.	Mouvement français pour le planning familial, association reconnue d'utilité publique.
Ligne Azur	0 810 20 30 40 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.ligneazur.org/index.php3">www.ligneazur.org/index.php3</a>	Prévention des conduites à risques relatives au VIH/sida, aux hépatites et aux infections sexuellement transmissibles, auprès des jeunes s'interrogeant sur leur orientation ou leur identité sexuelle ou ayant des difficultés à la vivre.	Association Sida Info Service.
<b>Droit des malades</b>				
Droit des malades Info	0 810 51 51 51 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.sida-info-service.org">www.sida-info-service.org</a>	Information sur le droit des malades.	Association Sida Info Service.
Sida Info Droits	0 810 636 636 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.sida-info-service.org">www.sida-info-service.org</a>	Réponse à toutes les questions juridiques ou sociales liées au sida.	Association Sida Info Service.
VIH Info Soignants	0 810 630 515 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.vih-info-soignants.org">www.vih-info-soignants.org</a>	Centre ressource pour les professionnels de la santé confrontés à des accidents d'exposition au sang. Accompagnement dans leur pratique quotidienne concernant le VIH et les hépatites.	Association Sida Info Service.
Service d'information téléphonique sur l'herpès	0 825 800 808 0,15 euros/min	<a href="http://www.herpes.asso.fr">www.herpes.asso.fr</a>	Information et prévention sur l'herpès.	Association Herpès.
<b>Santé mentale</b>				
Autisme France	0 810 179 179 coût d'une communication locale.	<a href="http://www.autisme-france.free.fr">www.autisme-france.free.fr</a>	Soutien et orientation des parents d'enfants autistes.	Association Autisme France, reconnue d'utilité publique.
Écoute-famille	01 42 63 03 03	<a href="http://www.unafam.org">www.unafam.org</a>	Information, orientation et soutien psychologique de personnes confrontées aux troubles psychiques d'un proche.	Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), association reconnue d'utilité publique.
Suicide Écoute	01 45 39 40 00	<a href="http://www.suicide.ecoute.free.fr">www.suicide.ecoute.free.fr</a>	Écoute des personnes confrontées à la problématique du suicide.	Association Suicide Écoute.
Croix-Rouge Écoute	0 800 858 858 appel gratuit	<a href="http://www.croix-rouge.fr">www.croix-rouge.fr</a>	Écoute généraliste et soutien psychologique de toutes les personnes en souffrance.	Croix-Rouge française, association reconnue d'utilité publique.
<b>Violence envers les femmes</b>				
SOS violés femmes informations	0 800 05 95 95 appel gratuit	<a href="http://www.cfcv.asso.fr">www.cfcv.asso.fr</a>	Écoute, information, soutien des personnes ayant subi des violences sexuelles.	Collectif féministe contre le viol.
Femmes Info Service	01 40 33 80 60		Écoute, soutien et orientation des femmes victimes de violences conjugales.	Fédération nationale solidarité femmes.

# *La Mauvaise Éducation*, une réflexion comportementale d'Almodóvar

**Qu'est-ce qui est choquant et qu'est-ce qui relève de la norme sur le plan social, sexuel ? *La Mauvaise Éducation*, le dernier film de Pedro Almodóvar, aborde ces questions sur un mode pouvant être perçu comme de la provocation. Plutôt que de juger des comportements, le spectateur est invité à s'interroger sur des manières d'être et de faire, comme l'homosexualité et le transsexualisme. Un film qui permet de lancer le débat chez les plus de 16 ans.**

**Un film de Pedro Almodóvar, Espagne, 2004  
Avec Gael García Bernal, Fele Martínez, Daniel Giménez Cacho**

## 1. Le film

Le nouveau film de Pedro Almodóvar impressionne rapidement le spectateur par sa construction en tiroirs : dans les années quatre-vingt, un cinéaste espagnol reçoit la visite d'un ancien ami de collègue devenu acteur, qui lui remet un manuscrit racontant un épisode de leur enfance dont il lui suggère de faire un film... À partir de là, les retours en arrière se multiplient, mélangeant les époques et les lieux, le récit se dédoublant par ailleurs entre vérité et fiction, entre souvenirs authentiques et mise en scène cinématographique. Dans cette mise en abyme, c'est la figure même d'Almodóvar, cinéaste de la « Movida » madrilène, qui semble apparaître au premier plan de ce film aux accents largement autobiographiques. En même temps cependant, le cinéaste ne cesse de mettre en scène le travestissement, le mensonge, la récréation fictive qui est au cœur aussi bien du travail scénaristique que du jeu des acteurs, interdisant toute réduction de son film à des faits précis au profit d'une vérité plus trouble et plus fuyante, sinon insaisissable.

Entre music-hall et mélodrame, entre provocation et fragilité, entre évocation historique du franquisme et dénonciation de l'hypocrisie des institutions catholiques protégeant des prêtres pédophiles, le film multiplie les regis-

tres et les styles dans une forme de collage cinématographique qui semble refléter par éclats les obsessions multiples du cinéaste espagnol : la sexualité avec ses variantes, homosexualité, travestissement et transsexualisme, la passion irrépressible, le mensonge, la drogue, la mort violente... et le cinéma conçu non pas comme un simple procédé d'enregistrement de la réalité mais comme un véritable acteur de cette réalité.

## 2. Le public auquel le film est destiné

Par ses thèmes, par sa richesse narrative, *La Mauvaise Éducation* s'adresse à un public relativement mûr, à partir de 15 ou 16 ans environ. La manière franche de mettre en scène la sexualité et plus particulièrement l'homosexualité

pourra cependant apparaître comme provocante aux yeux de certains spectateurs, notamment, des milieux populaires, pour qui la virilité entendue dans un sens étroitement hétérosexuel est une attitude spontanée en particulier à l'adolescence<sup>1</sup>. Mais l'évidence avec laquelle Almodóvar met en scène ses personnages homosexuels et transsexuels est un des traits marquants de ses films, qui en fait précisément l'intérêt. À l'animateur de mesurer le risque du choc, de la provocation et de la confrontation qu'assume pleinement Almodóvar !

## 3. Rapport avec la problématique santé

Pédophilie, sexualité enfantine, homosexualité, travestissement, transsexualisme, consommation de drogues

« dures », violence des relations humaines... Le film d'Almodóvar brasse de multiples thèmes liés à la santé mais il met les événements en scène de façon apparemment brute sans explication ni justification, décourageant toute interprétation notamment psychologique du comportement de ses personnages. Ainsi, aucun lien, ni explicite ni implicite, ne semble exister entre le viol subi par Ignacio dans son enfance et son évolution ultérieure, qu'il s'agisse de sa volonté de changer de sexe ou de sa consommation d'héroïne. Dans un autre registre, le père Manolo, s'il est bien montré comme un pédophile abusant de la faiblesse de ses victimes, apparaît ensuite comme la victime d'un être encore plus pervers que lui.

Les personnages d'Almodóvar semblent ainsi animés par des motivations simples, élémentaires, immédiatement « lisibles » dans leur manifestation : aimer, prendre du plaisir, se venger, devenir acteur, réussir une carrière... En cela, leur attitude est semblable à celle que nous adoptons dans la vie quotidienne, où nous nous interrogeons fort peu sur les motifs qui nous poussent à agir et qui nous semblent tout « naturels »... sauf que le comportement des personnages d'Almodóvar risque bien d'apparaître comme fort peu « naturel » !

C'est précisément sur ce choc ou ce contraste que l'animation proposée ici souhaite s'appuyer pour amener les spectateurs à interroger leurs propres certitudes dans des domaines comme la sexualité, où il est très difficile de séparer les jugements moraux des problèmes de santé au sens restreint du terme.

## Suggestion d'animations

Les suggestions d'animation faites ici supposent que le film d'Almodóvar provoquera des réactions contrastées, plus ou moins polémiques, parmi les (jeunes) spectateurs. Deux manières de faire sont alors possibles : soit on partira des éléments les plus « choquants » ou les plus « saillants » du film et qui susciteront immédiatement débat (la pédophilie, le transsexualisme, la consommation de drogues dures, etc.), soit au contraire on préférera aborder ces questions en biais en s'appuyant sur des aspects apparemment secondaires du film qui permettront de lancer une discussion tout en désamorçant – au moins

temporairement – les réactions de rejet trop brutal. Le choix de l'une ou l'autre façon de faire dépendra, bien sûr, de l'animateur et de la dynamique du groupe concerné.

## De façon frontale...

La vision collective du film d'Almodóvar en salle de cinéma permettra de prendre la mesure, même sommaire, de l'intensité des réactions du groupe. Un premier moment d'expression libre sera ensuite l'occasion pour chacun de donner son avis sur le film. Ces premiers avis seront vraisemblablement peu nuancés, très généraux et, pour un certain nombre, négatifs : « *Ils sont tous borges dans ce film !* ».

Le rôle de l'animateur sera alors d'amener les participants à préciser quels sont les personnages, les gestes, les situations, les faits qui leur ont paru plus particulièrement choquants, anormaux, bizarres, immoraux... Cette réflexion pourra se faire soit au cours d'une discussion collective, soit par l'intermédiaire d'un questionnaire écrit reprenant une série d'éléments du film sur chacun desquels les participants seront invités (individuellement) à donner une appréciation grâce, par exemple, à des échelles d'attitudes. La discussion ouverte permet sans doute de mieux profiter de la dynamique du groupe ; en revanche, le questionnaire écrit facilite l'expression d'opinions minoritaires ou qui n'oseraient pas se dire publiquement.

Voici donc une série de scènes du film<sup>2</sup> qui pourraient être soumises à l'appréciation des participants :

- Ignacio, travesti en femme et vêtu d'une robe moulante, interprète une chanson mélancolique (*Quizás*) dans un cabaret ;
- Ignacio, sous les traits de Zahara, séduit de manière provocante Enrique près de sa moto puis lui fait une fellation dans une chambre d'hôtel ;
- pendant ce temps, Paquito s'apprête à voler la moto d'Enrique ;
- finalement, Ignacio fait l'amour avec Enrique endormi mais en érection ;
- Ignacio et Paquito, toujours déguisés en femmes, prennent de la drogue (un mélange d'héroïne et de cocaïne) avant de se rendre chez le père Manolo ;
- on comprend que Martin et Enrique (présents dans le même bureau au début du film) sont amants ; on appren-

dra plus tard qu'Enrique a été marié et a eu un enfant ;

- Paquito avec l'aide d'Ignacio vole les objets de culte dans la chapelle ;
- un retour en arrière révèle que le père Manolo a violé Ignacio enfant ;
- jeunes adolescents, Enrique et Ignacio se masturbent mutuellement lors d'une séance de cinéma.
- dans la nouvelle « *La Visite* », Ignacio explique qu'il s'est vendu pour la première fois au père Manolo dans la sacristie pour éviter l'expulsion de son ami Enrique ;
- Ignacio perd la foi ;
- dans la piscine, Enrique nu invite Ignacio (on apprendra plus tard qu'il s'agit de Juan) à le rejoindre ; il regardera ostensiblement le sexe d'Ignacio (sous son slip) puis ses fesses nues ;
- pour avoir le rôle, Angel-Ignacio-Juan accepte de coucher avec Enrique ;
- monsieur Berenguer donne sa version des faits : Ignacio, travesti et héroïnomane, l'a fait chanter pour pouvoir payer son opération de changement de sexe ;
- Juan se filme avec monsieur Berenguer en train de faire l'amour ;
- Ignacio devenu héroïnomane va rendre visite à sa mère mais en profite pour voler l'argent de la pension de sa tante ;
- monsieur Berenguer avec l'aide de Juan fournit à Ignacio une dose mortelle d'héroïne.

## Pour aller plus loin

Ces différentes questions, posées oralement ou par écrit, permettront sans doute aux participants de préciser leurs premières réactions mais peut-être également de prendre conscience du fait que tous ne sont certainement pas sensibles aux mêmes éléments : pour un incroyant, par exemple, il n'y a sans doute pas de grande différence entre voler une moto et des objets du culte, contrairement à ceux pour qui de tels objets ont une dimension sacrée plus ou moins affirmée.

Face aux premières réactions des uns et des autres, il sera donc intéressant de relancer la discussion par des questions complémentaires. Celles-ci dépendront, bien sûr, de la dynamique de la discussion ainsi que de l'esprit d'à-propos de l'animateur. On peut néanmoins indiquer quelques pistes de réflexion pour amener les participants à nuancer, sinon à remettre en cause, des jugements trop sommaires (on sup-

pose que l'animateur devra faire face à un certain nombre de jugements négatifs, plus ou moins intolérants).

C'est vraisemblablement le personnage d'Ignacio devenu adulte qui suscitera les commentaires les plus vifs : homosexuel, travesti, transsexuel, héroïnomane, voleur, maître chanteur... Il sera pour beaucoup l'objet de tous les scandales même si, enfant, il apparaît par ailleurs comme une victime d'un prêtre pédophile<sup>3</sup>. Mais cette confusion de « rôles » (sociaux ou... asociaux) en un même personnage risque bien de favoriser tous les amalgames. Ainsi, on pourra demander aux participants d'imaginer qu'Ignacio soit réellement de sexe féminin : son comportement apparaîtrait-il alors comme moins choquant ou moins scandaleux ? Dans ce cas, comment jugerait-on une scène comme celle où il/elle fait l'amour avec Enrique endormi, ou bien celle où, enfant, il/elle se caresse au cinéma avec Enrique ?

Toute la relation très trouble entre Juan (qui se fait passer pour Ignacio) et Enrique mérite d'être réinterrogée en faisant le même genre d'hypothèse : et si Juan était la sœur d'Ignacio, comment jugerait-on son comportement avec le cinéaste ? Est-il plus scandaleux pour un acteur que pour une actrice de « coucher » pour décrocher un rôle ? Mais on peut également renverser les rôles et se demander quel jugement on pourrait porter sur la scène où Ignacio fait l'amour avec Enrique endormi : et si Enrique avait été une femme que penserait-on de quelqu'un qui profiterait de son sommeil pour avoir des relations sexuelles avec elle ?

Le personnage de Juan devrait quant à lui permettre de complexifier les représentations sans doute sommaires de certains participants, concernant l'ambivalence des sexes (représentée ici sous les trois formes de l'homosexualité, du travestisme et du transsexualisme) : ainsi, on peut se demander si Juan est homosexuel même s'il fait l'amour avec Enrique et monsieur Berenguer ? Ou bien choisit-il « seulement » de se prostituer ? On se souviendra, par ailleurs, qu'il insiste pour interpréter le rôle de Zahara, c'est-à-dire d'un travesti, allant même jusqu'à étudier les manières d'un autre travesti imitateur de Sara Montiel. Est-ce le signe de son homo-

sexualité ou bien l'expression de sa passion d'acteur capable d'interpréter tous les rôles, comme « Robert De Niro » ? Le travestisme joue avec les signes les plus marqués de l'identité sexuelle mais n'implique pas nécessairement l'homosexualité : si c'était le cas, que devrait-on en effet penser des « mœurs » sexuelles de Gael García Bernal, l'acteur bien réel qui interprète l'acteur Juan (et qui, outre le film d'Almodóvar, apparaît dans un film consacré à la jeunesse de Che Guevara, *The Motorcycle Diaries*, de Walter Salles) ? Par un nouveau glissement, on peut interroger cette passion d'acteur qui paraît sans doute plus « normale » que le travestisme (au sens étroit) : Enrique juge, en effet, que Juan est en fait un mauvais acteur qui ne jouera bientôt plus que dans des séries télévisées ; mais Almodóvar pense-t-il la même chose de son propre acteur, Gael García Bernal ? Tout porte, bien sûr, à penser que non.

### La part de la fiction

La réflexion sur le film débouche ainsi sur la question de son auteur et de la représentation d'une réalité qui passe par le prisme plus ou moins déformant du cinéma. Il est ainsi intéressant de s'interroger avec les participants sur « l'objet » exact du scandale (éventuel) : est-ce la réalité qui est choquante (par exemple, un couple qui fait l'amour) ou le fait de le montrer au cinéma ? Est-ce l'homosexualité qui

dérange ou sa mise en scène cinématographique ? Si des séquences comme la fellation ou la sodomisation d'Ignacio heurtent certains esprits, comment jugent-ils alors l'assassinat qui survient à la fin du film ? Autant un tel crime serait condamnable en réalité, autant il nous paraît pourtant « banal » au cinéma, qui est le « lieu des crimes » par excellence.

La prise en compte de la dimension cinématographique et plus particulièrement fictive du film d'Almodóvar doit sans doute relativiser notre perception des événements mis en scène : de même que l'intrigue est mélodramatique, multipliant les invraisemblances, marquée évidemment du sceau de l'imaginaire, on peut penser notamment que le personnage d'Ignacio est une « construction » fictive qui concentre des traits « extrêmes » (travestisme, transsexualisme, consommation de drogues dures, etc.) qui font violemment réagir le spectateur. Mais Almodóvar ne cesse également d'interroger ou de dévoiler les mensonges qu'il expose devant nos yeux : on se souviendra à ce propos de la figure de Zahara, le travesti qui nous apparaît vêtu d'une robe moulante sur laquelle sont brodés des simulacres de toison pubienne et de pointes de seins féminins. Le personnage joue avec les apparences comme le cinéaste joue avec des simulacres clinquants, scintillants, illusoire de la réalité.

ambiguïtés, leurs facettes multiples et contradictoires. Derrière l'apparence parfois provocante des êtres, Almodóvar révèle le trouble, le secret, les déchirures cachées, mais une telle attitude ne sera pas nécessairement partagée par tous les spectateurs, notamment à un âge où l'on cherche souvent à s'affirmer sans ambiguïté...

On relèvera également un des traits de caractère mis en avant par Almodóvar, à savoir la passion, passion amoureuse, mais également passion d'être acteur, passion de faire des films, passion face à la vie : ici aussi, le cinéaste montre l'ambiguïté, mais il s'agit certainement d'une des « portes d'entrée » du film les plus faciles d'accès pour les jeunes spectateurs qui y trouveront sans doute un facteur d'identification. Une discussion sur les intentions du cinéaste, la lecture éventuelle de certaines de ses interviews, une réflexion sur la dimension fictive du cinéma et en particulier sur l'aspect mélodramatique d'un film comme *la Mauvaise Éducation* devraient donc favoriser des attitudes plus ouvertes par rapport à des personnages qui peuvent être perçus de prime abord comme « scandaleux ».

## En biais

Pour éviter que le débat ne tourne à l'affrontement, on souhaitera peut-être lancer la discussion de façon moins « frontale » en abordant des éléments du film moins polémiques. Ainsi, on pourrait s'attacher d'abord aux relations entre les deux frères, Ignacio et Juan : même si elles sont peu détaillées dans le film, elles se révèlent assez complexes et ambivalentes, surtout du côté de Juan. Celui-ci fait ainsi brièvement allusion à la difficulté d'avoir un frère comme Ignacio – homosexuel, travesti ? – dans un petit village espagnol traditionnel. Par ailleurs, s'il a l'idée d'assassiner son frère, il en laisse l'exécution à son complice, monsieur Berenguer, en déclarant de façon presque comique : « *C'est mon frère, bordel ! Je ne suis pas un monstre !* ». Plus surprenant encore est son entêtement à vouloir jouer le rôle de Zahara, c'est-à-dire de son propre frère : pourquoi veut-il interpréter un personnage que, par ailleurs, il a assassiné ? Amour, rejet, admiration et mépris, différences entre aîné et cadet... Sur tous ces points on peut demander aux participants de réagir en fonction notamment de leur

expérience personnelle mais également des différents éléments apportés par le film : ainsi le meurtre s'explique sans doute moins par la haine ou la détestation que par la « pression » qu'Ignacio dépendant de la drogue fait peser sur son entourage et sur Juan en particulier.

Le thème des relations fraternelles, tel qu'il est traité dans *La Mauvaise Éducation* devrait par ailleurs permettre de poser des questions qui ont déjà été évoquées, en particulier la distance que crée la fiction par rapport à la réalité représentée : ce que Juan ne supporte pas en réalité – son frère travesti et drogué – devient fascinant lorsque cela est mis en scène au cinéma.

D'autres thèmes secondaires du film – comme le goût d'Almodóvar pour les chansons populaires sentimentales ou même la façon dont Zahara fume face au père Manolo<sup>4</sup> – pourraient être utilisés de la même manière pour lancer la discussion.

Une telle discussion, on le voit, n'a pas pour objectif immédiat de changer des attitudes ou des comportements mais de permettre l'expression personnelle par rapport à des manières d'être et de faire qui sont rarement interrogées.

**Michel Condé**

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

1. Quelques réactions recueillies « à chaud » donnent à penser que les adolescentes sont en général plus favorables (ou moins défavorables) que les adolescents, sans doute parce que leur propre image sexuelle est peu mise en cause par le film d'Almodóvar.

2. Pour rappel, Enrique est le cinéaste ; Ignacio est son ami d'enfance devenu travesti sous les traits de Zahara ; Paquito est un autre travesti, compagnon de Zahara ; le père Manolo a violé Ignacio enfant, et le père José est son complice, présenté en outre comme meurtrier dans le film d'Enrique ; plus tard, le père Manolo se présentera sous les traits de monsieur Berenguer ; enfin, Juan est le frère d'Ignacio et se fait passer pour lui aux yeux d'Enrique.

3. Le film évite soigneusement de lier ce viol passé avec l'orientation sexuelle d'Ignacio adulte : cependant, certains spectateurs ne manqueront sans doute pas de faire le rapprochement. Les « causalités » psychiques sont vraisemblablement plus complexes, et l'on pourra à ce propos retourner « l'argument » aux spectateurs bien convaincus de leur bisexualité : suite à quel « traumatisme » sont-ils quant à eux devenus bisexuels ? Ont-ils dû être violés par une personne de l'autre sexe pour « découvrir » leur bisexualité ?

4. Les questions pourraient être : - Pourquoi est-ce que Zahara fume à cet instant ? Quelles raisons la poussent à fumer ? Est-ce que les femmes ont une telle attitude en fumant ? Comment est perçue cette attitude ? Les participantes se reconnaissent-elles dans une telle attitude ou bien la jugent-elles caricaturale ? etc. »

Mais, au-delà de ces apparences spectaculaires auxquelles nous réagissons instinctivement comme Enrique fasciné par le numéro de travesti de Zahara, il y a aussi des moments brutaux de « dévoilement » où beaucoup de spectateurs pressentent sans doute une vérité plus trouble, une sincérité soudain retrouvée : il y a l'Ignacio extrêmement séduisant du début du film (sous les traits de Juan) et mis en scène par Enrique, mais il y a aussi l'Ignacio de la dernière partie racontée par monsieur Berenguer, un junkie cynique, arrogant et profondément marqué par la vie. Les participants se souviendront sans doute d'autres moments de ce genre où l'apparence soudain se lézarde pour laisser la place à une émotion que l'on devine pure, intense, « vraie ». Et c'est sans doute de tels instants – ainsi quand le visage du jeune Ignacio se déchire en deux après le viol – qui vont permettre une intense identification du spectateur.

Cette réflexion sur la fiction amènera facilement les participants à s'interroger plus avant sur les intentions du réalisateur : si certains parleront sans doute à son sujet de « provocation », l'animateur pourra cependant suggérer d'autres pistes d'interprétation. Ainsi, on peut penser, comme le confirme d'ailleurs Almodóvar dans ses interviews, que le cinéaste cherche moins à juger ses personnages qu'à susciter une forme d'empathie avec eux en montrant leurs



## Le tabac en milieu scolaire.

### Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées (2002)

Serge Karsenty, Cristina Díaz-Gómez

Ce rapport présente les résultats d'une étude réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à la demande du ministère de l'Éducation nationale et de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (Mildt). Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif de 2 500 adultes – chefs d'établissement et membres du personnel d'écoles élémentaires, collèges et lycées – et de 10 500 collégiens et lycéens issus de 600 établissements, qui ont répondu en 2002 à un questionnaire autoadministré. Son objectif était de dresser l'état des lieux des attitudes, comportements et opinions relatifs au tabac dans les établissements scolaires, dix ans après l'entrée en vigueur de la loi Evin et de son décret d'application de 1992. Plus précisément, il s'agissait d'évaluer l'application du volet de cette loi concernant le tabac et de mesurer le niveau de connaissance des règles qu'en avaient les personnes interrogées. Les comportements de transgression du

règlement par les fumeurs ont été étudiés ainsi que la perception par les personnes enquêtées de la loi et de son efficacité, en particulier en matière de protection des non-fumeurs. Au vu des résultats, les auteurs formulent des recommandations concernant principalement les salles de professeurs – au statut fumeur ou non-fumeur parfois incertain –, les espaces réservés aux fumeurs et l'interdiction de leur accès aux moins de 16 ans, ou de façon plus générale des recommandations pour l'amélioration de la connaissance de la loi Evin auprès des chefs d'établissement. La méthode et le déroulement de l'enquête, les questionnaires utilisés et les consignes aux enquêteurs sont fournis en annexe.

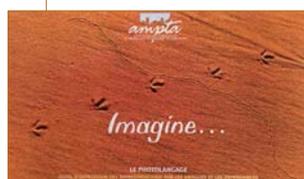
O. D.

Paris : OFDT, coll. Évaluation des politiques publiques, décembre 2003, 164 pages.

[http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/etudes\\_recherches/tabascal.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/etudes_recherches/tabascal.pdf) [dernière visite le 25/10/2004]

## Imagine... : le Photolangage® outil d'expression des représentations sur les drogues et les dépendances

Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)



Un Photolangage® est un ensemble de photos très variées destiné à faciliter l'émergence et l'expression des représentations individuelles et collectives sur un thème, une question donnée et suffisamment précise. Photolangage® est

une marque déposée, sous ce vocable. Ses inventeurs, Alain Baptiste et Claire Belisle, ont mis au point une méthode qui combine à la fois une pratique de travail en groupe, une concentration sur la prise de conscience par chacun de ses images personnelles et une prise de parole devant l'ensemble des participants.

Le Photolangage® Imagine... est le fruit du travail de l'Ampta avec les élèves de la section photo d'un lycée professionnel marseillais. Il est composé de trente photographies en couleurs, 20 cm x 30 cm, plastifiées, d'un guide d'utilisation et d'une fiche d'information sur les usages des substances psychoactives.

Fabienne Lemonnier

Marseille : Ampta, 2003, 100 €, frais de port compris. (BP 2465 – 13217 Marseille Cedex 02).  
Tél. : 04 91 56 08 40 – Fax : 04 91 90 09 32 –  
Mél : [btanche@ampt.org](mailto:btanche@ampt.org)

## ...Pour réfléchir sur les formes d'écoute

Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon



Ce document a été produit après la conférence régionale de santé de 2000 du Languedoc-Roussillon par un groupe d'experts. Il a pour objectif de fournir aux acteurs de terrain un cadre de questionnement et de réflexion autour de la diversité des pratiques d'écoute. Il n'a pas été conçu comme un support de formation.

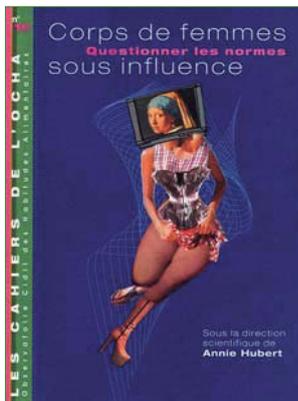
Le premier chapitre de ce petit ouvrage est consacré à la définition de la notion d'écoute, aux éléments la constituant et aux principes éthiques et déontologiques la régissant. S'appuyant sur les concepts développés par le psychologue américain Carl

Rogers, les auteurs décrivent huit attitudes essentielles dans une relation d'écoute : la singularité et la centration sur la personne, l'empathie, la congruence ou la présence, le regard positif inconditionnel, le respect de la vie privée des personnes, la globalité de la personne, la nature et les conditions de la demande, et, enfin, la compétence.

Le deuxième chapitre est consacré à la diversité des formes d'écoute : qui écoute ? Quelles sont les fonctions de l'écoute ? Dans quel cadre, dans quel contexte écoute-t-on ? Qu'est-ce que l'on écoute ? Quelles sont les méthodes et techniques qui guident l'écoute ? Une évaluation du document est proposée en fin de brochure ainsi qu'une riche bibliographie. La quarantaine d'articles cités a donné lieu à la rédaction de fiches de lecture disponibles au Comité régional d'éducation pour la santé. La mise en pages de la brochure laisse place à la prise de notes personnelles par le lecteur.

Anne Sizaret

Montpellier : Cres, octobre 2003, 36 pages.  
Cres Languedoc-Roussillon : Hôpital La Colombière,  
34295 Montpellier Cedex 5.  
Tél. : 04 67 04 88 50 – Fax : 04 67 52 02 57.



## Corps de femmes sous influence. Questionner les normes

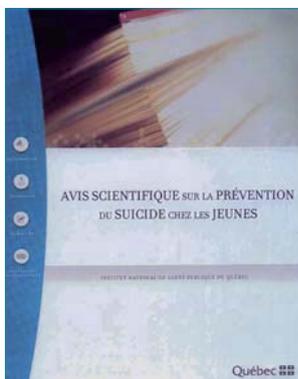
*Sous la direction scientifique d'Annie Hubert*

Les textes qui composent cet ouvrage collectif constituent les actes d'un symposium organisé en novembre 2003 par l'Observatoire Cidil des habitudes alimentaires (Ocha). Libéré depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle des contraintes mécaniques vestimentaires qui lui étaient imposées pour le modeler conformément aux canons esthétiques, le corps des femmes dans le monde occidental n'en reste pas moins soumis – plus que celui des hommes – à la pression de la norme. Amplifiée par les médias, la pression sociale, culturelle et morale sur l'apparence du corps est plus que jamais obsessionnelle et source de désordres nutritionnels problématiques en termes de santé publique. Après avoir comparé la situation des États-Unis à celle de la France d'un point de vue historique en ce qui concerne l'obésité, les auteurs procèdent à un état des lieux du rapport actuel au corps et au poids, et des pratiques de restrictions alimentaires. Du souci de légèreté à l'anorexie, les comportements alimentaires sont analysés d'un point de vue sociologique. Dans le contexte d'une société d'abondance vieillissante, la lutte contre les effets du vieillissement sur le corps témoigne, à l'instar de la lutte contre les kilos, d'une recherche d'un contrôle de soi ; la perception des transformations du corps face aux atteintes du temps fait l'objet d'une communication. Autocontrôle et responsabilité dans une optique de souci de soi marquent également la pratique du régime amincissant, étudiée à travers les résultats d'une enquête, et qui ne peut se réduire à l'intériorisation de normes esthétiques. Les logiques sociales et les représentations associées à l'alimentation et au corps féminin sont illustrées par l'analyse des normes corporelles esthétiques et des modes de consommation alimentaire de femmes et jeunes filles issues de l'immigration marocaine.

D'une façon générale, la norme imposée par la société est la minceur et cette représentation sociale basée sur des critères esthétiques vient parasiter les critères médicaux des professionnels de la santé. Ces derniers doivent répondre à la nécessité d'une prévention de l'obésité tout en évitant les écueils de la dérive normative et du discours moralisateur, doivent responsabiliser sans culpabiliser. C'est aux questions posées par ces enjeux que tente de répondre cet ouvrage.

Olivier Delmer

Paris : Observatoire Cidil des habitudes alimentaires. Les cahiers de l'Ocha n° 10, 2004, 141 pages, 15 €.



## Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes

*Marie Julien, Johanne Laverdure*

Ce rapport a pour objectif de dresser un état des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes et de formuler des recommandations concernant les stratégies mises ou à mettre en œuvre. La première partie du travail des auteurs a consisté à recenser et analyser des études évaluatives d'intervention de prévention réalisées au niveau international. Les stratégies auxquelles se rapportent les études retenues ont été classées en quatre catégories selon leur objectif général : elles visaient soit à promouvoir des facteurs de protection, soit à diminuer les facteurs de risque, à identifier les personnes à risque ou encore à agir sur une combinaison de facteurs. L'efficacité des différentes stratégies est examinée du point de vue de leurs effets sur les taux de suicide, les facteurs de risque et sur d'autres variables telles que l'état émotionnel ou les connaissances. À l'inverse, les auteurs ont mis en évidence dans la littérature des possibilités d'effets d'augmentation des tentatives ou idéations suicidaires, en particulier dans le cas de programmes d'aide par les pairs mal maîtrisés.

Formulées sur la base de l'état des lieux ainsi réalisé, les recommandations portent sur la mise en œuvre de programmes de promotion des habiletés personnelles et sociales, sur la limitation de l'accès aux moyens létaux ou sur le traitement médiatique du suicide. Elles incitent à la prudence dans la mise en œuvre de certains programmes. Elles encouragent la mise en place de réseaux de sentinelles et la mise en réseau des intervenants en prévention, le soutien à la formation continue des médecins généralistes. La promotion de la santé mentale des jeunes par des programmes globaux est recommandée si ces derniers ne comportent pas d'activités de sensibilisation des jeunes au suicide, source de résultats préoccupants. Enfin, compte tenu des limites des évaluations recensées et de la faiblesse des modèles théoriques de certains programmes, les auteurs incitent à renforcer les fondements théoriques des programmes mis en œuvre et à les évaluer de façon rigoureuse.

Une abondante bibliographie regroupe en fin de rapport les références des quelque cent trente documents pris en compte dans ce travail. Un tableau récapitule, en annexe, les bénéfices des différentes stratégies préventives en indiquant pour chacune d'elles les facteurs visés, le lien entre ces facteurs et les comportements suicidaires, les données évaluatives disponibles et les résultats observés.

O. D.

Sainte-Foy : Institut national de santé publique du Québec, mars 2004, 50 pages.

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/280-AvisSuicideJeunes.pdf> [dernière visite le 25/10/04]

# Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège

## Rapport de l'Igas-Igen

À la demande du ministère de la Santé et du ministère de la Jeunesse, et de l'Éducation nationale et de la Recherche, l'Igas, l'Igen, l'Igaenr<sup>1</sup> ont procédé à une évaluation du dispositif d'éducation pour la santé à l'école et au collège ; avec également pour mission de formuler des propositions en vue de renouveler le dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, et d'envisager son extension au lycée. Le rapport issu de cette évaluation inclut donc constats et recommandations.

Les constats peuvent être classés en deux groupes.

- *Les facteurs facilitant le développement de l'éducation pour la santé à l'école et au collège.* Les rapporteurs soulignent plusieurs éléments favorables à la pérennisation de l'éducation pour la santé en milieu scolaire : des projets innovants et intéressants existent à l'échelle des établissements ou des académies ; certains personnels font preuve d'une motivation louable qui contribue fortement à la mise en œuvre d'actions. En ce qui concerne la cohérence des actions avec les politiques publiques, les auteurs ont pu constater que des dispositifs tels que les Programmes régionaux de santé (PRS) jeunes ou les Schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps) sont dynamisants et peuvent être fortement moteur.

- *Les freins au développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.* La mission met en exergue le fait que les circulaires, produites en abondance – pas moins d'une vingtaine en cinq ans –, sont finalement peu suivies d'effet sur le terrain. À cela s'ajoute le faible pilotage relatif à l'éducation pour la santé tant au niveau national qu'au niveau académique, voire au sein même des établissements ; les projets d'éducation pour la santé sont, en effet, rarement inscrits dans les projets d'établissements. Pour les enseignants – occupés à la transmission des enseignements de leur discipline – comme pour les personnels de santé – dont le temps est quasiment exclusivement pris par les missions de dépistage et de suivi obligatoires –, l'éducation pour la santé n'est pas une préoccupation majeure. La place insuffisante accordée à l'éducation pour la santé dans les formations initiales et continues de ces personnels vient corroborer ce constat. Par ailleurs, la mission dresse le tableau des principales caractéristiques des actions menées en milieu scolaire : elles sont souvent ponctuelles, sans cohérence tout au long de la scolarité, et extrêmement disparates d'un établissement à l'autre, voire au sein d'un même établissement.

En définitive, les constats établis par la mission se trouvent résumés par le hiatus qui existe entre l'enjeu perçu quant au rôle que l'éduca-

tion pour la santé pourrait jouer en milieu scolaire (et dont l'importance est signalée par une abondante littérature) et l'absence de pérennité des dispositifs de mise en œuvre des actions sur le terrain.

### Recommandations

À partir de cet état des lieux, les rapporteurs formulent deux propositions alternatives pour renouveler le dispositif d'éducation pour la santé en milieu scolaire.

La première consiste à renforcer le dispositif prévu par la circulaire de novembre 1998. Les principes qui la motivent découlent directement de la Charte d'Ottawa, l'éducation pour la santé est appréhendée comme un domaine transversal qui concerne toutes les disciplines et qui vise

avant tout le renforcement des compétences psychosociales chez les élèves.

La seconde proposition, dans un souci de pragmatisme, prévoit d'adosser l'éducation pour la santé à un enseignement spécifique (Sciences et vie de la terre par exemple). Rattachée à une seule discipline, l'éducation pour la santé se voit dotée d'un horaire spécifique, d'un enseignant référent dont l'une des missions est d'assurer la mise en œuvre de projets cohérents et de qualité en partenariat avec des intervenants extérieurs.

Ainsi, à l'heure où va s'ouvrir le grand débat sur l'École et ses missions, ce rapport propose des pistes de réflexions argumentées pour redonner du souffle au développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

**Sandrine Broussouloux**

Chargée du programme milieu scolaire à l'INPES.

1. *Inspection générale des Affaires sociales, inspection générale de l'Éducation nationale, inspection générale de l'Administration, de l'Éducation nationale et de la Recherche.*

Mamecier A., Boutet-Waiss F., Naves P., Ravary Y., Sallé J., Vienne P. Inspection générale des Affaires sociales ; inspection générale de l'Éducation nationale, inspection générale de l'Administration, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Paris : ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité 2004 : 107 pages.

En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000190/0000.pdf> [dernière visite le 25/08/2004]

# Un incendie domestique a lieu toutes les **2 minutes**

**Informez-vous**  
sur les réflexes de prévention  
en vous procurant ce dépliant ►



Un réflexe en plus,  
un risque en moins.



Ministère de la Santé  
et de la Protection sociale

l'Assurance  
Maladie  
Caisse Nationale

**inpes**  
www.inpes.sante.fr