

DOSSIER 48

Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?

P5 Médecins :
l'information
due au patient

P10 Tabac :
le dur désir
d'arrêter

P45 Environnement :
l'eau dans tous
ses états



Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,
 travailleur du secteur médico-social,
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,
 vous souhaitez une information
 et une aide régulières...

LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



Tarifs 2000 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1 an (6 numéros)	165 FF	<input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	295 FF	<input type="checkbox"/>
Étudiants	1 an (6 numéros)	110 FF	<input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small>			
Autres pays et outre-mer	1 an (6 numéros)	220 FF	<input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES

Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :

(prix au numéro : 39 FF).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un environnement pour la santé, N° 335. | <input type="checkbox"/> Quelle prévention du suicide ? N° 342. |
| <input type="checkbox"/> Alimentation et populations défavorisées, N° 336. | <input type="checkbox"/> Portrait de famille, N° 343. |
| <input type="checkbox"/> Violence : adolescents en quête d'espoir, N° 337. | <input type="checkbox"/> Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344. |
| <input type="checkbox"/> Arrêt du tabac : les méthodes qui marchent, N° 338. | <input type="checkbox"/> L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345. |
| <input type="checkbox"/> L'allaitement maternel, N° 339. | <input type="checkbox"/> Éducation à la santé à l'École, N° 346. |
| <input type="checkbox"/> Question de poids, N° 340. | <input type="checkbox"/> Regards sur les dépendances, N° 347. |
| <input type="checkbox"/> Éducation du patient... formation des soignants, N° 341. | |

- 4 Éditorial**
Peut-on rire de tout ?
Alain Douiller
- 5 Éducation du patient**
Information du patient
Recommandations de l'Anaes
Isabelle Vincent
- 7 Cinésanté**
Révélations (The Insider)
Michel Condé, Alain Douiller
- 10 La santé en chiffres**
Journée mondiale sans tabac
Premiers résultats du Baromètre santé 2000
Karina Oddoux

Dossier : P. 11 à 44 — **Pauvreté, précarité : Quelle santé promouvoir ?**

Les cadres de l'action

**Exclusion, pauvreté, précarité...
Approche socio-historique de
l'intégration sociale**
Valentine Hélaridot 12

Le cadre politique

**Soins, santé et précarité :
une prise de conscience**
François Béard, Louis Dessaint 15

**Le cadre de la loi contre les
exclusions** 17

La programmation en santé et les publics démunis

Jean-Paul Dupré, Christian Nicolas 18

Les « Ateliers santé » : orientations et objectifs

Antoine Gueniffey 20

Le cadre méthodologique

**La précarité et ses
« représentations »**
Dr Jean Chiffe 22

Santé et dignité : fondement d'une approche éthique et méthodologique

Dr Agnès Granier 24

La mise en œuvre

**L'engagement du CFES envers
les populations en difficulté :
histoire d'un parcours**
Fabien Tuleu 27

De l'intention à l'action
Laurence Birelichie, François Alias 29

Six expériences d'« Ateliers santé »

**Les groupes de parole : espace de
mobilisation face à la souffrance
psychosociale**
Bruno Larrose, Vincent Trias 31

**Recueillir la parole de personnes
hébergées en CHRS**
*Christine Binsfeld-Houlné,
Anne Laurent-Beq* 33

**« Ateliers santé » et « Ateliers
lecture » dans une résidence
sociale**
Myriam Puyo 35

**« Ateliers santé bien-être » :
évolution d'un projet**
Isabelle Arhant, Lydie Gavard 36

**Précarité en milieu rural :
aller à la rencontre de l'autre**
Céline Capdupuy 38

**« Accès santé » : un pas vers
la santé, un pas vers l'emploi**
Thérèse Leparoux 40

Un témoignage singulier

**Regards croisés et croisée des
regards**
Josiane Lacombe 42

La question des outils

**Construire un outil pour les
intervenants travaillant avec des
publics en situation de précarité**
Emilda Velazco 43

Pour en savoir plus 44

45 Environnement
L'eau dans tous ses états
Denis Dangaix

48 Lectures

*Au sommaire du prochain numéro :
De l'hygiène à la santé*

Peut-on rire de tout ?

L'éducation pour la santé est assurément une pratique peu confortable pour ses adeptes. De constitution récente, il lui manque en effet bien des attributs qui font de chaque pratiquant un être socialement reconnu et professionnellement respecté. Point de code de la profession, de charte de déontologie. Peu d'homogénéité des pratiques comme des formations. Peu d'illustres « défricheurs » pouvant guider les générations de façon pionnière et éclairante. Pas plus de syndicat ni de convention collective. Une difficulté certaine à démontrer son efficacité comme à définir son champ de compétence...

Face à cette réalité incertaine, les stratégies de défense sont inévitables. La fuite, bien sûr. Les exemples ne manquent pas de collègues partis sous d'autres cieux exercer leurs talents.

Observer certains confrères atteints de symptômes souvent irréversibles...

Ils sont plus nombreux encore à ne pas vouloir s'aventurer sur nos terres en friche. La folie, probablement. Nous pouvons tous, là aussi, observer certains confrères atteints de symptômes souvent irréversibles : paranoïa, mégalomanie, syndromes obsessionnels ou troubles dépressifs. À bien y réfléchir, nous-mêmes, parfois...

La défense la plus classique consiste cependant à développer un certain nombre de comportements qui peuvent être de nature plus offensive. En voici sept (capitales...), dont nous vous laissons le soin de déterminer ceux qui mériteraient de figurer dans une future bible de l'éducateur de santé.

1. Se prendre (très) au sérieux. Puisque la reconnaissance vient plus tardivement et plus difficilement de l'extérieur, l'autosatisfaction et la foi inébranlable dans le caractère indispensable de sa mission est une attitude largement partagée. Un bon éducateur pour la santé se doit notamment d'être continuellement débordé.

2. Jargonner. Qualité indispensable de l'homme (et de la femme !) d'importance : être compris par le plus petit nombre. Les problèmes deviennent ainsi des problématiques et les méthodes des méthodologies. Vous relèverez certainement dans ce texte quelques néologismes ou barbarismes tout à fait caractéristiques...

3. Être persuadé de sa toute-puissance. L'éducation pour la santé comme panacée : elle constitue la réponse au tabagisme, à l'alcoolisme, au sida, aux accidents. Mais aussi au

manque de confiance en soi, aux inégalités sociales, à la pollution atmosphérique ou à la faim dans le monde. Vivre devient un champ d'investigation et mourir une erreur de stratégie.

4. Être persuadé de son impuissance. Verso dépressif de la proposition précédente. Aucune certitude ne valide l'utilité de l'éducation pour la santé : les femmes fument de plus en plus ; c'est la culture globale qui modifie la consommation d'alcool, et la législation, le taux des accidents. Alors, comment avoir un impact sur les questions sociales ou d'environnement ? Parler sans cesse de complexité et de multifactorialité constitue souvent un premier symptôme d'impuissance.

5. Blâmer les victimes. Accidentés, contaminés, consommateurs et insatisfaits sont des déviants sociaux. La santé est une norme et le bonheur, une obligation que l'éducation pour la santé se doit de faire respecter. Chaque individu est à la fois responsable de sa santé et coupable de sa maladie ou de son mal-être.

6. Ne jamais dire non. Toutes les missions sont possibles, tous les délais tenables et tous les budgets bons à prendre. Conséquence directe des postures précédentes, cette attitude permet aux croisés de l'éducation pour la santé de s'attaquer à la misère sociale ou de dépenser un budget annuel en trois mois.

7. La fin justifie les moyens. Plus qu'un sujet concerné par l'éducation pour la santé, l'individu est un gêneur. Aucun moyen n'est alors à négliger pour le ramener dans le droit chemin : le terroriser pour qu'il cesse de fumer, le culpabiliser pour équilibrer enfin son alimentation et s'associer à Coca-Cola pour la prochaine campagne sur l'alcool.

Peut-on réellement rire de tout ? Rire de soi, en tout cas ! Pour prendre le recul qui nous fait parfois défaut et qui nous permet pourtant plus facilement d'aller vers l'autre. Parce que nos obsessions sont parfois dérisoires et que le rire nous rapproche de la vie et de ce que nous avons peut-être de plus fondamentalement humain, comme le prétendait le philosophe Henri Bergson. Cabu qui, après d'autres caricaturistes, nous fait l'amitié d'illustrer ce numéro de *La Santé de l'homme*, trace un chemin que nous pourrions peut-être emprunter plus fréquemment.

Alain Douiller
Rédacteur en chef.

Information du patient

Recommandations de l'Anaes

Les états généraux de la santé et de nombreuses enquêtes et colloques sur l'éducation du patient et le droit des malades mettent en évidence une forte demande d'information des malades concernant la nature de la maladie et les traitements.

Dans un contexte où les droits de la personne malade constituent une des priorités du projet de loi sur la modernisation du système de santé qui devrait être présenté prochainement au conseil des ministres, et où les professionnels de santé font parfois de l'information une préoccupation défensive, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) vient de publier des recommandations destinées aux médecins sur l'information des patients (1) afin de proposer « une aide dans la manière de dispenser à chaque patient une information pertinente et de qualité, tout au long du processus de soins, en tenant compte des besoins propres de ce dernier et du respect dû à la personne ».

L'information du patient par le médecin fait depuis longtemps partie des obligations du médecin. L'article 35 du code de déontologie médicale stipule en effet que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». Jusqu'en 1997, en cas de contestation par un patient, d'un manquement d'information de la part d'un médecin (suite par exemple à des complications liées à une intervention chirurgicale ou à un traitement), il revenait au patient d'apporter la preuve que le médecin avait failli à son obligation d'information. La Cour de cassation, dans son arrêt du 25 février 1997, a modifié cette

règle : c'est dorénavant au médecin qu'il incombe de prouver qu'il a bien rempli son obligation d'information.

Ce renversement de la charge de la preuve a eu pour conséquences de questionner les professionnels de santé sur la finalité de l'information du patient ainsi que sur le contenu, la qualité de l'information à fournir aux patients et sur la manière de la dispenser.

Le patient partenaire de soins

« L'information donnée par le médecin est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui lui sont proposés. L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins. »

Si « les présentes recommandations ont pour but de permettre au médecin de satisfaire à son obligation d'information, dans le respect des règles déontologiques et des dispositions légales relatives aux droits des patients », il n'en demeure pas moins qu'elles inscrivent l'information du patient comme un moyen pour eux de faire des choix en connaissance de cause et de les mettre en situation de comprendre ce qui leur est proposé. Cette conception partici-

pative de l'information rejoint les objectifs de l'éducation pour la santé des patients (2). Sa place ne peut donc se résumer à une simple réponse face à un éventuel procès. L'information due au patient s'inscrit résolument dans une relation de partenariat entre le médecin et le patient.

Le contenu et les qualités de l'information

« L'information concerne l'état de santé du patient et les soins, qu'il s'agisse d'actes isolés ou s'inscrivant dans la durée. Elle doit être actualisée au fil du temps. L'information, outre bien évidemment les réponses aux questions posées par le patient, doit prendre en compte la situation propre de chaque personne. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques :

- 1 - l'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec ou sans traitement ;
- 2 - la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et leurs alternatives ;
- 3 - leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés ;
- 4 - leurs conséquences et leurs inconvénients ;
- 5 - leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;
- 6 - les précautions générales et particulières recommandées aux patients.

Que l'information soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- 1 - être hiérarchisée et reposer sur des données valides ;
- 2 - présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ;
- 3 - être compréhensible.

Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de sa proposition. »

Par ailleurs, même si d'autres professionnels sont amenés à donner de l'information, le médecin ne peut se contenter de déléguer ce rôle. En effet, « chaque médecin informe le patient de l'ensemble des éléments relevant de sa discipline, en situant ces derniers dans la démarche générale de soins. Il ne doit pas supposer que d'autres que lui ont déjà donné cette information ». Afin de favoriser la cohérence des informations et la continuité des soins, il est recommandé qu'une synthèse des données médicales concernant le patient soit réalisée par un médecin unique et que le dossier médical porte une trace des informations données.

Les modalités de l'information

L'Anaes privilégie clairement l'information orale, car celle-ci nécessite un dialogue durant la relation de soins ; elle peut être adaptée au cas de chaque personne et être délivrée de manière progressive. « Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. » L'information ne peut donc se concevoir comme la simple traduction d'informations médicales. Il s'agit, pour les professionnels de santé, d'y consacrer du temps et de la disponibilité et de la personnaliser en fonction de la situation du patient. Il s'agit notamment, comme cela a déjà été exprimé par les patients eux-mêmes (3), de respecter les différentes étapes liées à la maladie et les états émotionnels les accompagnant.

Les documents écrits d'information peuvent constituer un complément à l'information orale. Cependant, ceux-ci,

lorsqu'ils sont remis au patient, ne doivent pas remplacer l'information orale. Leur fonction est de fournir des informations par écrit afin que le patient puisse « s'y reporter et/ou en discuter avec toute personne de son choix ». Ces documents ne doivent pas non plus être assimilés à ceux devant recevoir la signature du patient.

Les critères de qualité des documents écrits

De nombreux documents (écrits, mais aussi vidéo ou multimédia) sont conçus et diffusés par des organismes de santé, des sociétés savantes, des industriels, des associations de malades, des professionnels de santé, etc. L'Anaes propose des recommandations afin d'optimiser la qualité de ces documents d'information (voir encadré). Ces critères de qualité, tout comme ceux élaborés par le King's Fund (4), organisme d'études britannique indépendant, peuvent constituer, pour les professionnels de santé et de l'éducation, des aides méthodologiques concernant à la fois les modalités de production et le contenu des documents destinés aux patients. L'accent est notamment porté sur la validité des informations diffusées, ainsi que sur la participation des patients aux différentes étapes d'élaboration des documents.

L'évaluation de l'information donnée

Le dernier chapitre de ces recommandations concerne l'évaluation. Celle-ci doit porter sur trois aspects : la satisfaction des patients, les pratiques de délivrance de l'information (dont notamment la traçabilité dans le dossier

médical) et la qualité des documents écrits (modalités d'élaboration afin de garantir leur compréhension par des non-médecins, contenu scientifique, identification des rédacteurs de l'information et date de production du document). Les résultats de ces évaluations doivent être pris en compte dans l'actualisation et la réalisation de nouveaux documents.

L'information est indispensable aux patients pour prendre en main leur santé et pour leur permettre de consentir aux soins et participer à la décision médicale. Cela est vrai quel que soit le type de maladie (aiguë ou chronique). Le suivi des recommandations de l'Anaes par les professionnels de santé, en insistant sur la place centrale du patient dans le processus informatif, devrait certainement contribuer à l'amélioration, *in fine*, de l'autonomie des patients, un des objectifs de l'éducation du patient.

Isabelle Vincent

Médecin, chargée de mission,
CFES.

(1) Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), service des Recommandations et Références professionnelles, mars 2000.

(2) Sandrin Bertbon B. « Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? » In : Sandrin Bertbon B. (dir.) L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : Puf, 2000 : 7-39.

(3) Demma F., Douiller A., Fervers B. et al. « Les besoins d'information et de communication de personnes atteintes de cancer. » La Santé de l'homme, n° 341, mai-juin 1999 : 24-7.

(4) Les recommandations du King's Fund ont été présentées dans la revue Prescrire, n° 200, 19 novembre 1999 : 788-91.

« Pour assurer la qualité de l'information contenue dans les documents écrits diffusés au patient, il est recommandé que cette information :

- 1 - soit hiérarchisée, repose sur des données validées, et présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels. Elle doit préciser les risques graves, y compris exceptionnels. Elle doit indiquer les moyens qui seront mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par le patient ;
- 2 - soit synthétique et claire, sachant que le document remis au patient ne devrait généralement pas excéder quatre pages ;
- 3 - soit compréhensible pour le plus grand nombre de patients, ce qui implique de soumettre pour avis les projets de documents à des patients, notamment par l'intermédiaire de leurs associations, voire de les faire participer à leur élaboration. Il s'agit de s'assurer que les informations soient comprises, sinon de les modifier en conséquence ;
- 4 - soit validée, par exemple par les sociétés savantes, selon des critères de qualité reconnus (par exemple, critères de qualité des recommandations professionnelles utilisés par l'Anaes). »

Révélation (The Insider)

Un film de Michael Mann
États-Unis, 1999, 2 h 38,
avec Al Pacino, Russell
Crowe

Résumé du film

Révélation s'inspire de l'histoire authentique de Jeffrey Wigand, un scientifique de haut niveau, ancien directeur du département de Recherche et Développement d'un des grands cigarettiers américains. Pour la justice, Wigand fut un témoin-clé dans le procès qui opposa, dans les années quatre-vingt-dix, le Mississippi et quarante-neuf autres États aux géants du tabac. Il pouvait témoigner, en particulier, du fait que les industriels étaient bien conscients de la dépendance qu'entraîne la nicotine et donc de la nécessité pour eux de maintenir un taux élevé de ce produit dans leurs cigarettes¹. Mais pour empêcher ce témoin gênant de parler, ces industriels étaient prêts à recourir à tous les moyens légaux et à exercer toutes les pressions possibles sur cet homme « qui en savait trop ». L'arrivée d'un troisième partenaire, en l'occurrence la presse incarnée par un journaliste d'investigation, Lowell Bergman, allait modifier la donne en multipliant les enjeux des possibles révélations de Jeffrey Wigand. Mené comme un *thriller*, le film de Michael Mann se signale notamment par l'excellente prestation des deux acteurs principaux, Al Pacino et Russell Crowe, qui donnent une véritable densité humaine à des personnages qui, sans cela, auraient pu paraître caricaturaux.

Le public auquel le film est destiné

Ce film efficace et palpitant (malgré ses deux heures quarante) a toutes les qualités (et les quelques défauts) du bon cinéma américain, généreux et inspiré. Il peut plaire à un large public d'adolescents de 13 à 18 ans environ, mais aussi aux adultes et professionnels de la prévention.

Rapport avec la problématique santé

Rarement les thèmes abordés par les films appartiennent de façon aussi clairement identifiable à l'univers de la santé que *Révélation*, traduction racoleuse du beau titre américain *L'initié*. Les habitués de cette rubrique ont d'ailleurs peut-être relevé avec amusement la conception large que nous avons de la notion de santé pour la mettre en lien avec certains films. Pour *Révélation*, les doutes et les fausses interprétations ne sont pas possibles : le tabac en est bien le sujet central.

Ainsi, ce film pourra-t-il de manière commode servir de support à des démarches d'information et de prévention sur ce thème. Cependant, l'information essentielle sur les dangers du tabac est connue de la très grande majorité des fumeurs et des non-fumeurs (toxicité, dépendance, etc.). Si

le public en fait la demande, des précisions pourront toutefois être apportées sur les mécanismes et les différents niveaux de toxicité et de dépendance, mais aussi sur les modalités de sevrage et les lieux qui peuvent proposer une aide à cette fin.

Mais l'essentiel des démarches éducatives relatives au tabac – comme à la plupart des dépendances – est sans doute davantage à mener sur la question de la relation au produit et à l'environnement du produit que sur le produit lui-même.

Révélation est alors un excellent support pour illustrer le passage d'une logique de prévention – plus thématique et centrée sur les produits et les risques – à une logique de promotion de la santé plus globale et prenant en compte la complexité de l'individu et de son environnement.

Illustrations

– Si l'on insiste souvent, pour modifier les comportements (des fumeurs par exemple), sur la responsabilisation individuelle, la volonté, la motivation, le film de Michael Mann permet de mettre en avant le poids de l'environnement sur les comportements individuels. Ainsi, les stratégies des fabricants de tabac, en augmentant la dépendance des fumeurs par le dosage des taux de nicotine, influencent très directement le comportement individuel des fumeurs, sur lesquels il n'est alors plus possible de faire peser toutes les responsabilités.

– Les intérêts des industries du tabac sont contraires aux objectifs de santé puisque ces industries recherchent avant tout le profit, allant jusqu'à favoriser et renforcer la dépendance au tabac, ce que révèle le film (tiré d'un fait réel, rappelons-le !). Cette réflexion sur l'éventuelle incompatibilité entre intérêts commerciaux et intérêts de santé publique pourra se poursuivre sur bien d'autres thèmes de santé.

– Information, publicité, cinéma : abordant le média (la presse) dont on suspecterait a priori le moins fortement les influences marchandes, *Révélation*s montre aussi de façon forte à quel

point l'univers de la communication est dépendant de pouvoirs commerciaux (ici l'industrie du tabac) et donc influe sur les représentations, les connaissances et les comportements des individus.

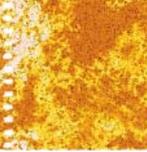
Quelques suggestions d'animation

*Révélation*s se passe aux États-Unis et évoque un procès qui peut sembler fort éloigné des pratiques européennes. En outre, il présente des pratiques commerciales qui ne concernent de prime abord que les fumeurs, et même les fumeurs dépendants. Dans une telle perspective, lancer une discussion sur le film risque de déboucher sur des considérations générales, peut-être intéressantes, mais qui resteront très impersonnelles et n'impliqueront véritablement aucun des participants, le responsable étant évidemment tout désigné, à savoir les industriels du tabac.

Lors d'une animation avec un jeune public, il nous paraît possible de poser à chaque participant – qu'il soit ou non fumeur – la question de son rapport personnel au film : en quoi le film me

concerne-t-il personnellement ? Qu'est-ce qui, dans ce film, me touche, « m'interpelle » directement ? Qu'est-ce qui fait que j'ai été intéressé(e) par le film ? Qu'est-ce qui explique que je me suis senti(e) plus ou moins proche de certains personnages ou au contraire révolté(e) par certains agissements ? Le but de l'animation n'est évidemment pas de fouiller dans la conscience intime des gens, mais d'essayer d'explicitier le rapport personnel que nous pouvons avoir avec un tel film et qui explique que nous nous sentions impliqués, lors de la projection, dans les enjeux du film, que nous soyons ou non consommateurs de cigarettes, que nous ayons ou non une âme de juriste, quelle que soit également notre conception de la dépendance ou de la liberté du consommateur.

Pour concrétiser cet objectif, on peut soumettre aux participants une série de questions qui devraient leur permettre d'explicitier ce que l'on appellera leur rapport personnel au film. Il ne s'agit pas de répondre à toutes les questions, mais au contraire de choisir celle qui, spontanément, « parle » le plus à chacun d'entre eux, qui leur semble corres-



pondre avec l'interrogation essentielle du film, qui leur paraît la plus proche d'eux. Ainsi, si les premières s'adressent plus spécifiquement à des consommateurs de tabac, les suivantes peuvent concerner pratiquement tous les membres de notre société, qu'ils soient ou non fumeurs. Bien entendu, il ne s'agit pas de diriger autoritairement les participants « fumeurs » vers certaines questions et chacun doit rester libre d'aborder les thèmes qui lui paraissent les plus parlants. Certaines de ces questions ne portent d'ailleurs pas sur des thèmes spécifiques de santé, le film ayant pu susciter des interrogations plus larges ou d'une autre nature.

Le mensonge des industriels du tabac : pourquoi les industriels veulent-ils me cacher que la nicotine provoque une forte dépendance (tout le monde sait que l'héroïne provoque le même type de dépendance, ce qui n'empêche pas certaines personnes de « goûter » à l'héroïne) ? En quoi cela modifie-t-il l'image que j'ai du tabac ?

Le concept de dépendance : qu'est-ce que cela signifie pour moi que la cigarette entraîne une forte dépendance ? Est-ce que je connais des gens dans mon entourage qui la ressentent ? Est-ce que je ressens cette dépendance ? Est-ce que je suis dépendant de la cigarette comme le toxicomane de la drogue ? La cigarette est-elle donc pour moi une drogue ?

La puissance des industriels du tabac : quel est mon sentiment en découvrant la puissance des industriels du tabac ? Est-ce que je trouve normal, après la vision du film, que cette industrie ne soit pas mieux contrôlée ? Ai-je des raisons de croire que la situation de l'industrie du tabac est différente en Europe et en Amérique ?

La puissance des grands groupes industriels ou commerciaux : qu'est-ce que cela me fait de découvrir la puissance des grands groupes industriels dont je consomme couramment les produits (cigarettes, mais aussi nourriture, boissons, alcool) ? Est-ce que mon choix parmi tous ces produits est aussi libre que je le crois ? Est-ce que les fabricants de ces produits « mentent » comme les grands cigarettiers ? Est-ce que certains de ces produits sont plus nocifs que je ne le crois ?

Le rôle de l'État dans le contrôle de la production industrielle : est-ce que je me sens protégé par le contrôle que l'État est censé exercer sur les grands groupes industriels ? L'État est-il réellement efficace pour protéger ma santé contre des atteintes comme celles des industriels du tabac (ou autres) ? Faut-il faire, comme aux États-Unis, des procès à certains groupes industriels qui mettent délibérément en jeu la santé des consommateurs ? Est-il possible de faire en Europe le même type de procès ?

Vie familiale et conscience civique : Jeffrey Wigand est-il un héros ou bien juste un citoyen qui a fait son devoir ? Pour moi, est-ce un idéaliste admirable ou au contraire quelqu'un qui a finalement sacrifié sa famille dans un combat perdu d'avance ?

Le rôle de la presse : est-ce que le moment le plus troublant du film n'est pas celui où le producteur de télévision, Lowell Bergman, qui se croyait libre et indépendant, comprend qu'il n'a pas la possibilité de faire éclater la vérité et que lui aussi est soumis aux mêmes puissances de l'argent que Jeffrey Wigand ? Finalement, la scène d'ouverture qui se passe au Liban n'est-elle pas à l'image de tout le film : ici et là-bas, ceux qui ont le pouvoir cachent la vérité ?

Dans un premier temps, chacun pourra répondre sommairement à la question qu'il aura choisie, en partant essentiellement des impressions laissées par le film. Cette première réflexion pourra donner lieu à un échange avec l'ensemble des participants.

Du débat à l'action

On pourra ensuite former des groupes de réflexion en tenant compte des affinités qu'auront révélées les questions choisies par les différents participants. Il s'agira alors de mener une analyse plus approfondie sur le thème retenu, ce qui suppose certainement un travail de recherche, soit autour du film (si l'on s'attache par exemple aux personnages), soit autour de certains problèmes de société révélés par le film. Il n'est évidemment pas possible de répondre à une question comme celle portant sur la possibilité de mener ou non en Europe des procès similaires à ceux qui se sont déroulés aux États-Unis, sans un minimum d'enquête juridique.

Mais l'objectif le plus important serait d'amener les participants à imaginer et à entreprendre une action en fonction du thème qu'ils auront choisi. L'action peut, en effet, véritablement « impliquer » les individus par rapport à des questions comme celles traitées par le film, l'engagement étant une des conditions essentielles d'une modification des comportements². Bien entendu, ce sera aux groupes de définir le sens, le but et les moyens de cette action, qui n'aura pas nécessairement une visée d'éducation à la santé (au sens étroit) mais pourra avoir une finalité sociale ou politique plus large : les participants pourraient, par exemple, décider de diffuser simplement les informations qu'ils auront recueillies et qu'il leur paraît important de rendre publiques, ou bien de mener des actions de protestation contre des entreprises ou des organisations dont ils jugeraient les agissements néfastes ou même criminels, ou encore de favoriser dans leur entourage une prise de conscience des problèmes suscités par certains types de consommation...

Fiche réalisée par

Michel Condé

Centre culturel Les Grignoux,

Liège, Belgique.

Alain Douiller

Association départementale
d'éducation pour la santé, Lyon.

1. « If, as proposed, nicotine is the sine qua non of smoking, and if we meekly accept the allegations of our critics and move toward reduction or elimination of nicotine in our products, then we shall eventually liquidate our business. If we intend to remain in business and our business is the manufacture and sale of dosage forms of nicotine, then at some point we must make a stand. » (Cité dans Report of Special Master: Findings of Fact, Conclusions of Law and Recommendations Regarding Non-Liggett Privilege Claims, Minnesota Trial Court File Number C1-94-8565, 1998, 8 March.)

« Réduire la quantité de nicotine par cigarette risquerait de tuer l'habitude nicotinique chez de très nombreux consommateurs et d'empêcher son installation chez les nouveaux fumeurs. » (Complexity of the P.A.5.A. Machine and Variables Pool, British American Tobacco, recherche et développement. Dossier du procès, Minnesota, document n° 10 392, 26 août 1959.)

2. Joule R.V., Beauvois J.L. La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ? Paris : Puf, coll. Psychologie sociale, 1998 : 118 p.

Journée mondiale sans tabac premiers résultats du Baromètre santé 2000

L'enquête du Baromètre santé 2000 a été réalisée entre le 6 octobre et le 23 décembre 1999 par le CFES, la Cnamts et leurs partenaires*. Pour la première fois, il regroupe les jeunes et les adultes avec un échantillon de 13 685 individus de 12 à 75 ans.

Une tendance à la baisse de la prévalence

34 % des personnes de 12 à 75 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. C'est le cas de 37,4 % des hommes et 31,1 % des femmes de 18 à 75 ans et de 27 % des jeunes de 12 à 18 ans. On compte 28,8 % de fumeurs réguliers, c'est-à-dire de personnes qui

fument au moins une cigarette par jour (hommes : 31,9 % et femmes : 26,1 %).

Le tabagisme est plus fréquent chez les filles que chez les garçons jusqu'à l'âge de 17 ans. Entre 17 et 20 ans, les comportements tabagiques des hommes et des femmes se rejoignent. À partir de 20 ans, les femmes sont moins nombreuses à fumer que les hommes

(figure 1). Ces chiffres s'inscrivent dans les tendances observées depuis les années 70 : baisse de la prévalence chez les adultes comme chez les jeunes, principalement due au comportement des hommes, tandis que la part des femmes dans la population des fumeurs est en augmentation.

Figure 1 : Pourcentage de fumeurs actuels, selon l'âge et le sexe.

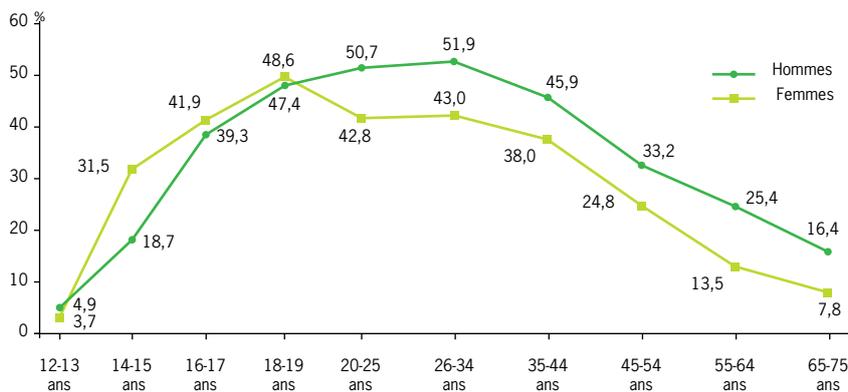
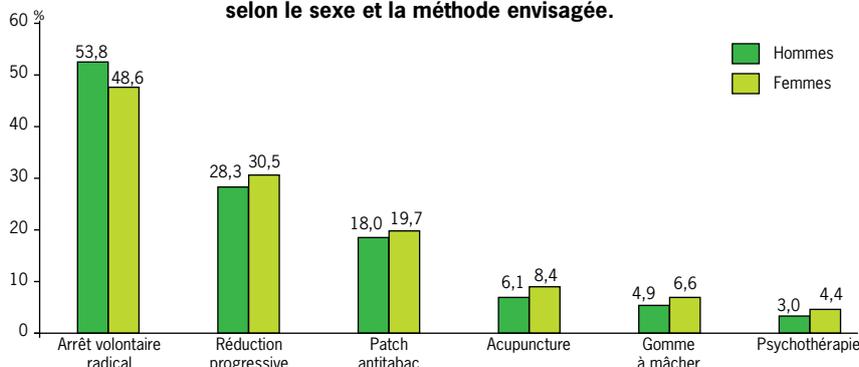


Figure 2 : Pourcentage de fumeurs qui projettent d'arrêter de fumer, selon le sexe et la méthode envisagée.



Quelles quantités fumées ?

Le nombre de cigarettes fumées augmente avec l'âge avec un maximum de 18,8 cigarettes par jour pour les hommes de 45 à 54 ans fumant régulièrement et de 15,5 cigarettes par jour pour les fumeuses régulières de la même tranche d'âge.

L'arrêt : un projet largement partagé

58,4 % des fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer. 20,0 % souhaitent arrêter au cours du mois à venir, 22,6 % dans les six prochains mois, 49,9 % dans un avenir non déterminé. L'arrêt volontaire radical est le moyen le plus souvent cité (51,2 %) (figure 2), ainsi que l'arrêt par réduction progressive de la consommation (29,4 %). 18,9 % envisagent d'utiliser des patchs antitabac.

La santé au cœur des motivations d'arrêt

Les principales motivations d'arrêt sont la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé (20,2 %), la peur de tomber malade (14,9 %), une grossesse ou la naissance d'un enfant (14,9 %), un sentiment de lassitude (13,0 %) et l'envie d'être en bonne condition physique (12,0 %). Le prix des cigarettes est intervenu pour 10,9 % d'entre eux des cas et l'avis d'un médecin pour 0,6 %.

Karina Oddoux

Chargée d'études Tabac, CFES.

* Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Direction générale de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Observatoire français des drogues et toxicomanies, Fédération nationale de la mutualité française, Haut Comité de la santé publique, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

Les cadres de l'action	
Exclusion, pauvreté, précarité... Approche socio-historique de l'intégration sociale	
<i>Valentine Hélardot</i>	12
Le cadre politique	
Soins, santé et précarité : une prise de conscience	
<i>François Béard, Louis Dessaint</i>	15
Le cadre de la loi contre les exclusions	17
La programmation en santé et les publics démunis	
<i>Jean-Paul Dupré, Christian Nicolas</i>	18
Les « Ateliers santé » : orientations et objectifs	
<i>Antoine Gueniffey</i>	20
Le cadre méthodologique	
La précarité et ses « représentations »	
<i>Dr Jean Chiffe</i>	22
Santé et dignité : fondement d'une approche éthique et méthodologique	
<i>Dr Agnès Granier</i>	24
La mise en œuvre	
L'engagement du CFES envers les populations en difficulté : histoire d'un parcours	
<i>Fabien Tuleu</i>	27
De l'intention à l'action	
<i>Laurence Birelichie, François Alias</i>	29
Six expériences d'« Ateliers santé »	
Les groupes de parole : espace de mobilisation face à la souffrance psychosociale	
<i>Bruno Larrose, Vincent Trias</i>	31
Recueillir la parole de personnes hébergées en CHRS	
<i>Christine Binsfeld-Houlné, Anne Laurent-Beg</i>	33
« Ateliers santé » et « Ateliers lecture » dans une résidence sociale	
<i>Myriam Puyo</i>	35
« Ateliers santé bien-être » : évolution d'un projet	
<i>Isabelle Arhant, Lydie Gavard</i>	36
Précarité en milieu rural : aller à la rencontre de l'autre	
<i>Céline Capdupuy</i>	38
« Accès santé » : un pas vers la santé, un pas vers l'emploi	
<i>Thérèse Leparoux</i>	40
Un témoignage singulier	
Regards croisés et croisée des regards	
<i>Josiane Lacombe</i>	42
La question des outils	
Construire un outil pour les intervenants travaillant avec des publics en situation de précarité	
<i>Emilda Velazco</i>	43
Pour en savoir plus	44

Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?

Dossier coordonné par **Laurence Birelichie**,
directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé
de la Haute-Garonne et du Comité régional
d'éducation pour la santé Midi-Pyrénées.

Les cadres de l'action

Exclusion, pauvreté, précarité...

Approche socio-historique de l'intégration sociale

L'usage de la notion d'« exclusion » est aujourd'hui tellement généralisé que l'on peut s'interroger sur la pertinence de ce terme pour désigner des réalités extrêmement nombreuses et hétérogènes. Ce concept est-il valide d'un point de vue sociologique ? Comment le définir, et comment le situer par rapport à tout un ensemble de notions connexes : précarité, pauvreté, désinsertion, disqualification, désaffiliation, marginalité, etc. ?

Ces termes expriment tous l'idée d'un manque, d'un défaut d'intégration, dont la manifestation la plus visible est un rapport à l'emploi problématique.

Les transformations du travail et de l'emploi

Les phénomènes qui caractérisent depuis quelques années les évolutions de la sphère du travail peuvent être décrits autour de trois angles principaux : d'une part, la montée du chômage, et notamment du chômage de longue durée ; d'autre part, les difficultés croissantes pour les plus jeunes à accéder à un premier emploi ; enfin, la précarisation de l'emploi lui-même avec le développement des contrats temporaires et du temps partiel, et la forte croissance de l'intérim. Les deux premiers points accréditent l'idée qu'il y aurait un déficit de places disponibles sur le marché de l'emploi, créant donc un déséquilibre entre l'offre et la demande. Le troisième point, quant à lui, met davantage l'accent sur des transformations en profondeur que l'on peut observer dans l'organisation générale du salariat.

Ainsi, dans le contexte actuel se développent des parcours professionnels et des formes d'emploi qui tendent à s'éloigner de plus en plus de l'emploi en contrat à durée indéterminée et à plein temps, qui constituait jusqu'ici la norme de référence. C'est au regard de cette norme que l'on parle aujourd'hui de précarité ou d'exclusion pour les personnes qui n'ont pas, ou plus, accès à l'emploi, ou qui n'ont accès qu'à ses formes dites « atypiques ».

Les failles du lien social

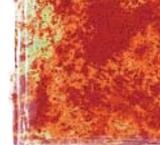
Les difficultés d'intégration que rencontre un nombre croissant de personnes ne s'expriment pas seulement dans le rapport à l'emploi, mais aussi dans certaines formes d'affaiblissement des liens sociaux et relationnels. En effet, d'une part, les mutations de l'organisation salariale entraînent une atomisation des collectifs de travail et le développement des contrats temporaires qui favorise le nomadisme professionnel et rend difficile la constitution de réseaux relationnels fondés sur l'entourage de travail. D'autre part, le

rôle intégrateur et stabilisateur de la famille nucléaire tend à s'atténuer.

Les transformations de ces deux grands liens sociaux traditionnels que sont le travail et la famille prennent part aux processus de précarisation, en s'articulant de façon complexe et interactive avec les incertitudes qui marquent de plus en plus de parcours professionnels.

La précarisation ou l'exclusion, tout comme l'intégration sociale, se définissent donc fondamentalement comme des processus multidimensionnels, se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et dans le domaine relationnel, et peuvent également toucher d'autres aspects des conditions de vie comme le logement, l'accès aux soins...

Afin de mieux comprendre et de mieux caractériser les phénomènes actuels, il est utile de les replacer dans un contexte historique plus large et de se demander qui étaient les « exclus » d'hier.



trielle, une nouvelle organisation sociale se profile. Les franges les plus populaires de la société féodale constituent le gros de la première main d'œuvre ouvrière et, plus que de pauvreté, on parle désormais de prolétariat ouvrier et de « paupérisme ».

Puis, peu à peu, s'installe la société salariale, avec son cortège de protections sociales et son système d'assurances (chômage, maladie, vieillesse, etc.) censées garantir à chacun une vie correcte en cas d'accident de parcours. Cette organisation sociale connaît son apogée au cours des « trente glorieuses », et pendant un certain temps on a pu penser que les seules personnes qui pourraient désormais se trouver dans le besoin étaient les individus inaptes au travail, qui étaient dès lors pris en charge par le système de l'assistance (ce fut le cas, par exemple, avec la construction progressive d'un véritable statut social pour les personnes handicapées – statut équivalent à celui du « pauvre intégré » de la société médiévale).

Or, les évolutions des dernières décennies remettent en question cette idéologie. On constate, en effet, que l'industrialisation a, elle aussi, produit un type de positions vulnérables, homologues dans leur dynamique, mais prenant place dans un contexte socio-historique très différent de celles de la société féodale. Les « exclus » d'aujourd'hui occupent dans la structure sociale une position équivalente à celle des marginaux du Moyen Âge, et l'on voit réapparaître des formes de pauvreté

Les évolutions historiques

Au Moyen Âge, les populations considérées comme marginales ont un mode de vie caractérisé par le vagabondage, la mendicité, la criminalité et l'exercice de métiers dévalorisés. Il s'agit d'individus qui vivent en dehors des systèmes réglés du patrimoine et du travail : n'ayant ni ressources personnelles ni revenu lié au travail, ils pratiquent la mendicité, qui a été l'une des grandes questions sociales des sociétés préindustrielles. De nombreuses tentatives ont été mises en place pour gérer ce problème, aboutissant à une distinction fondamentale entre une mendicité « acceptable » qui était le fait de personnes sans revenus, parce que inaptes au travail, mais sédentaires et domiciliées, et une mendicité non tolérable pratiquée par des indigents valides, qu'il fallait mettre au travail ou châtier sévèrement.

Dans une société où l'intégration sociale passe par la stabilité géographique, où le travail fixe l'individu à un territoire (le paysan est attaché à sa terre, comme l'artisan l'est à son échoppe), la mobilité est stigmatisée lorsqu'elle prend la forme du vagabondage (ce qui n'est pas le cas pour la mobilité légitime du marchand).

La dynamique de marginalisation est le plus souvent d'origine économique : elle prend sa source dans l'instabilité des situations de travail et la fragilité des insertions sociales. Ainsi, les exclus de l'époque médiévale sont des paysans ruinés, ou des individus exerçant certains petits métiers urbains non protégés par les systèmes corporatistes, et obligés de partir de chez eux pour aller tenter leur chance ailleurs. Ils connaissent des trajectoires de désaffiliation qui commencent le plus souvent par une rupture avec leur premier enracinement territorial, se poursuivent par une série d'errances à la recherche d'un travail, et se terminent parfois avec une arrestation ou une condamnation.

Il est important de noter ici que ces phénomènes de marginalisation concernent des individus qui ont été pendant un certain temps complètement intégrés à l'ordre social. Ainsi, dans la grande majorité des cas, le vagabondage est l'aboutissement d'un itinéraire qui comporte plusieurs étapes, et dont la situation d'exclusion est le résultat, l'aboutissement extrême.

À partir de la fin du XVII^e siècle et avec le développement de l'ère indus-



(y compris à l'intérieur du travail salarié) que l'on croyait disparues. L'activité professionnelle n'est plus synonyme de stabilité, et l'emploi n'est plus systématiquement pourvoyeur ni d'un revenu fixe et suffisant, ni de tout un ensemble de droits et de protections sociales. Le sociologue Robert Castel parle ainsi d'une « dynamique générale de précarisation qui défait les statuts assurés » (1).

L'exclusion : une dynamique, et non un état

Ce rapide parcours historique permet de dégager quelques principes d'analyse pour la situation actuelle et de proposer une approche critique de la notion d'exclusion.

Tout d'abord, il est essentiel de raisonner en termes de processus et de dynamique, et de ne pas considérer que les situations sont des états installés. Ainsi, l'exclusion peut être définie comme l'aboutissement, la manifestation extrême de différents processus de fragilisation des liens sociaux et de dégradation des conditions de vie. Cette dynamique peut être décrite à deux grands niveaux d'analyse : d'une part, des facteurs individuels comme l'histoire familiale, le réseau social, le niveau de qualification et, d'autre part, des facteurs contextuels et macro-sociaux comme les restructurations industrielles et les transformations de l'activité productive. Ces deux niveaux de réalité se combinent et interagissent dans une série d'enchaînements complexes.

Entre l'intégration sociale complète et l'exclusion totale, qui sont les deux pôles théoriques d'un continuum et n'existent pas en tant que telles dans la réalité, il existe une multitude de positions intermédiaires plus ou moins stables. Parler des « exclus » tend à uniformiser et à mettre au même niveau, dans une même nébuleuse, un ensemble de situations qui sont en réalité très différentes (du chômeur de longue durée à la mère de famille travaillant à temps partiel, du jeune diplômé cherchant un premier emploi au RMiste sans logis, etc.).

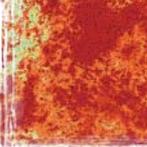
Le terme d'exclusion présente donc l'inconvénient majeur d'isoler des situations limitées en les dissociant des processus dont elles découlent, et de produire une vision tranchée qui ne correspond pas à la grande majorité des situations réelles. La notion d'exclusion impliquerait l'existence d'une frontière qui n'est pas toujours repérable dans la réalité : il n'y a pas des « inclus » d'un côté et des « exclus » de l'autre, mais des individus qui connaissent des trajectoires mouvantes et qu'il est impossible de définir de façon claire, que ce soit comme « chômeurs » ou comme « travailleurs ». De la même façon, il est important, pour se dégager de tout jugement moral sur les personnes, de garder à l'esprit que la notion de marginalité se rapporte à une position occupée en référence à un centre, et non à des caractéristiques individuelles.

C'est pourquoi la notion de « précarisation », ou celle de « désaffiliation » proposée par Robert Castel, semblent plus appropriées pour désigner les phénomènes que l'on observe aujourd'hui. À l'origine, « précaire » qualifie quelque chose « qui n'est pas assuré de durer » : c'est bien cette dimension d'instabilité qui caractérise le plus fortement ces parcours faits d'alternances entre des périodes de travail et des périodes de chômage, marqués par l'incertitude et l'impossibilité de se projeter dans l'avenir.

Parler de désaffiliation plutôt que d'exclusion permet de penser la continuité entre des degrés d'intégration différents et, par là, de replacer les phénomènes actuels au cœur de la « question sociale », qui est l'interrogation sur ce qui fait qu'un groupe d'individus forme une société, un ensemble cohérent et soudé, une structure dont les différents éléments sont liés entre eux dans des rapports d'échange et de complémentarité, et non pas simplement juxtaposés. Chaque type d'organisation sociale produit ses positions vulnérables : nous avons vu qu'il n'y a pas de rupture fondamentale entre la position des marginaux du Moyen Âge et celle des « exclus » d'aujourd'hui. Le débat sur l'« exclusion » n'est pas autre chose que la forme contemporaine de la « question sociale ». Le contexte actuel, à travers les multiples formes de mal-intégration qu'il engendre, amène plus largement à réfléchir sur la place du travail comme support d'identité et d'intégration sociales.

Valentine Hélaridot
Sociologue

(1) Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris : Gallimard, coll. Folio, 1999 : 816 p.



Le cadre politique

Soins, santé et précarité : une prise de conscience

Lorsque 80 % de la population était confrontée à la pauvreté et que l'espérance de vie ne dépassait guère 35-40 ans, la question de la santé des personnes défavorisées ne se posait guère de manière spécifique. Les choses ont commencé de changer durant la période de l'après-guerre, dite des « trente glorieuses », qui a vu d'importantes réformes prendre leur plein effet. À partir des années quatre-vingt, la crise économique et le chômage engendrent des situations de grande précarité : de nouvelles approches sont devenues nécessaires, ayant pour priorité l'accès aux soins des plus pauvres.

Le tournant des années quatre-vingt

Tentons un bilan aux abords des années quatre-vingt. Du côté de l'offre de soins, l'hôpital est entré dans l'ère de la performance. Le progrès médical paraît sans limite. Le coût des soins s'emballe. Les médecins de ville, installés en nombre avant le *numerus clausus*, s'équipent, ont recours aux actes de laboratoire et aux examens de diagnostic. La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût, vite hors de portée des revenus individuels, même élevés.

Du côté de la demande de soins, la sécurité sociale, dont la généralisation se poursuit, touche plus de 90 % des personnes résidant en France qui, de plus en plus, bénéficient d'une assurance complémentaire. L'aide médicale joue un rôle substitutif, épaulée par une prévention sanitaire menée sur le terrain, parfois avec un grand dynamisme, par les collectivités publiques. Avec les réformes sociales des années soixante-dix et quatre-vingt, les gros effectifs de personnes proches du seuil de pauvreté

– personnes âgées, handicapés, familles monoparentales – parviennent en général à améliorer quelque peu leurs conditions de vie. En revanche, la situation se détériore pour les autres. La crise économique entraîne réorganisation, concurrence, compétitivité exacerbée, non sans conséquences humaines... On licencie, l'emploi précaire se développe. Le chômage s'accroît et la limitation de la durée d'indemnisation fait basculer certains dans une précarité qui peut mener bien au-dessous du seuil de pauvreté¹. Avec le chômage, les rentrées de cotisations marquent le pas, tandis que les dépenses de soins ne cessent de s'accroître. C'est l'époque des plans successifs de la sécurité sociale, qui conduisent à alourdir les cotisations et à diminuer les remboursements.

Les difficultés d'accès aux soins des plus pauvres

Pourtant, l'alerte est donnée. Dès 1981, le rapport de M. Oheix met en évidence les difficultés d'accès aux soins des plus pauvres. Des médecins, tel Xavier Emmanuelli, à Nanterre puis dans

le premier « Samu » social à Paris, sont en première ligne. Le rapport de M. Revol en 1987 est mis en œuvre par la circulaire de janvier 1988. Les solutions sont cherchées dans un accès plus aisé à la prise en charge, notamment via l'assurance personnelle et l'assurance médicale, décentralisée depuis cinq ans. La loi du 1^{er} décembre 1988 crée le Revenu minimum d'insertion (RMI). Son attribution ouvre droit à l'assurance personnelle, dont la cotisation est supportée par l'aide médicale. Celle-ci sera réformée en 1992 pour en faciliter l'accès, en liaison avec le développement des cartes santé à l'initiative des départements et des caisses d'assurance maladie.

On croyait avoir la réponse dans l'accès aux soins. C'était oublier la complexité de l'affiliation, l'obstacle de l'avance des frais, le poids du ticket modérateur, l'existence d'un deuxième guichet pour l'aide médicale, l'inadéquation de la prise en charge par celle-ci des cotisations d'assurance personnelle. L'assurance personnelle n'a pas été conçue pour des personnes en

grande précarité². Le succès des permanences médicales, telle celle de la rue du Jura à Paris, montre que l'obligation de prouver ses droits n'est plus à la portée des personnes en grande précarité. Pas plus que celle de faire l'avance des frais. On verra ainsi des malades tuberculeux qui ne sont plus contagieux sortir de l'hôpital et rechuter, car ils ne peuvent acheter les médicaments dont ils ont besoin³. On prend aussi conscience des interactions entre pauvreté et santé. La grande précarité anesthésie la demande de santé⁴. Que dire de l'accès à la prévention ? Les services de prévention sanitaire autres que ceux de la Prévention maternelle et infantile (PMI), confiés aux départements, n'ont pas été perçus, sauf exceptions, comme une chance d'aller au-devant des exclus. La santé publique est en cause.

Des Praps à la CMU

Une approche élargie se révèle nécessaire. Elle repose sur une adaptation de l'offre de soins, afin que les personnes en grande précarité puissent

« se réapproprier leur corps » (2). L'hôpital renoue avec l'accueil des pauvres ; des permanences d'accès aux soins de santé sont créées. Les services sociaux – de prévention sanitaire, de médecine scolaire – sont invités à prendre en compte les difficultés des personnes en situation de précarité ; des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) sont organisés. D'abord mises en place par circulaires, ces adaptations trouvent leur consécration dans la loi d'orientation contre les exclusions du 29 juillet 1998. La loi du 27 juillet 1999, instaurant une Couverture maladie universelle (CMU), parachèvera la réforme avec l'assurance maladie de base sous la seule condition de résidence et l'accès à la couverture complémentaire sous condition de ressources.

Il reste à appliquer ces réformes. Ce qui est le plus difficile, sans doute.

**Francis Béard,
Louis Dessaint**

Administrateurs civils hors classe

1. Les fonds d'action sanitaire et sociale des organismes d'assurance maladie peuvent intervenir, mais en général ils ne sont pas connus des personnes en situation de grande précarité.

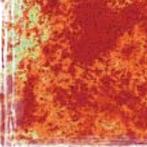
2. Il n'était pas rare que deux, voire trois départements, acquittent chacun une cotisation d'assurance personnelle à laquelle le bénéficiaire ne se savait même pas affilié.

3. La loi 94 43 du 18 janvier 1994 modifiera l'article L. 220 du code de la santé publique pour que les dispensaires antituberculeux soient habilités à assurer, à titre gratuit, le suivi médical et la délivrance de médicaments antituberculeux prescrits par un médecin.

4. Cf. notamment les rapports du Conseil économique et social et du Haut Comité de la santé publique.

► Références bibliographiques

- (1) Milano S. *La Pauvreté absolue*. Paris : Hachette Littératures, coll. Mutations, 1988 : 250 p.
- (2) Girard J.-F. (avec la collaboration de J.-M. Eymeri). *Quand la santé devient publique*. Paris : Hachette Littératures, 1998 : 280 p.
- (3) Debionne F.-P. *La santé passe par la dignité*. Paris : L'Atelier-Quart Monde, coll. Des livres contre la misère, 2000 : 238 p.



Le cadre de la loi contre les exclusions

Cette synthèse de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi n° 98-657 du 29 juillet 1998) a été effectuée par Antoine Gueniffey (Direction générale de la santé) à partir du discours de Mme Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, à l'Assemblée nationale le 5 mai 1998.

La loi promulguée le 29 juillet 1998 comporte trois orientations générales :
 – garantir l'accès aux droits fondamentaux ;
 – prévenir les exclusions ;
 – mieux agir ensemble contre les exclusions.

1. S'agissant de l'accès aux droits fondamentaux, la loi vise à donner une réalité aux droits à l'emploi, au logement, à la santé, à la citoyenneté figurant dans les textes fondateurs de la République et, notamment, dans le préambule de la Constitution de 1946.

En matière d'emploi, plusieurs dispositions sont adoptées pour donner une chance à chacun d'acquérir une qualification ou un emploi par un parcours d'insertion inscrit dans la durée, avec un accompagnement individualisé : renforcement des moyens de l'ANPE et des missions locales, développement du programme TRACE (Trajet d'accès à l'emploi) pour les jeunes en difficulté, renforcement des fonds d'aide aux jeunes, dynamisation du secteur de l'insertion par l'économie...

Les mesures prises au titre du droit au logement viennent en accompagnement des travaux engagés par ailleurs pour rénover la politique du logement et répondre aux enjeux de mixité sociale dans le cadre de la politique de la ville. La loi adopte certaines dispositions pour : encourager la mise sur le marché locatif des logements vacants, ouvrir un droit à l'habitat comportant le droit à un confort minimum, inverser les logiques d'expulsion tout en garantissant le droit de propriété et, dans le but de renforcer la mixité sociale, introduire plus de transparence

dans les procédures d'attribution des logements et faciliter l'hébergement, dans les centres-villes, des ménages à ressources modestes.

Au titre du droit à la santé, se fondant sur le constat épidémiologique que « plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune », la loi entend relever deux défis liés l'un, aux difficultés d'accès à la protection sociale, et l'autre, à l'inadaptation des structures de prévention et de soins aux besoins des personnes en situation précaire.

Ainsi, avec l'instauration, par ailleurs, de la CMU (Couverture maladie universelle), la loi fait progresser le droit à la santé : en affirmant la mission sociale de l'hôpital (par la généralisation de Permanences d'accès aux soins de santé : Pass) et en instaurant des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins : Praps (tout en confortant le rôle du plan départemental pour l'évaluation des besoins au plus près de la population). Elle confère des moyens pour soutenir, d'une part, l'émergence de réseaux « Santé-social » au niveau local afin d'assurer la continuité de la prise en charge socio-sanitaire des personnes et des familles en difficulté, et, d'autre part, le développement d'activités prioritaires pour la santé des plus démunis dans les domaines de la santé mentale, de la prévention et la prise en charge des dépendances, des maladies chroniques et du saturnisme infantile.

Au titre de l'exercice de la citoyenneté, la loi modifie le Code électoral pour permettre la participation de tous à la vie démocratique et faire en sorte que, même sans adresse, on puisse voter.

2. Pour prévenir les situations d'exclusion, la loi entend mobiliser en amont de la spirale d'exclusion :

- *en faisant en sorte de garder une place à chacun dans la société par l'affirmation du droit à l'égalité des chances par l'éducation et la culture* : modification de la loi d'orientation sur l'éducation de 1989, instauration d'une politique tarifaire adaptée facilitant l'accès aux pratiques culturelles ; tandis que, par ailleurs, les établissements culturels ou d'enseignement seront mobilisés dans le cadre de leur mission ;
- *en prévenant les situations concrètes rendant difficile la vie des plus vulnérables* : adaptation de la loi Neiertz de 1989 sur le surendettement, dispositions pour garantir non seulement un logement (cf. *supra*) mais aussi un cadre de vie salubre (adoption de mesures d'urgence contre le saturnisme, etc.) ;
- *en assurant aux plus modestes des moyens de vie décentes, sans pour autant construire une société d'assistance* : rattrapage du retard cumulé par l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'Allocation d'insertion (AI), indexation des minima sociaux sur les prix, adoption de diverses mesures pour que la reprise d'un emploi ne se traduise pas par une baisse de ressources, amélioration de l'attribution de l'aide matérielle de la collectivité afin de mieux manifester la solidarité nationale lorsque les situations l'exigent.

3. Pour mieux agir collectivement contre les exclusions, la loi instaure une coordination des différentes politiques sectorielles concernées : emploi, logement, santé, éducation, culture... en créant un Comité départemental de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions.

Le Conseil économique et social régional est chargé d'établir un rapport annuel qui sera soumis au débat dans le cadre du Conseil régional. Les communes ou groupements d'une certaine taille sont, par ailleurs, invités à élaborer des plans pluriannuels de prévention et de lutte contre les exclusions.

Dans le but de soutenir les acteurs de terrain dans leur mission quotidienne, des mesures sont prises concernant la consolidation du statut de plusieurs professions sociales, notamment pour ce qui concerne la formation des travailleurs sociaux et le renforcement des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

Un Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale est créé pour renforcer l'efficacité des actions menées en les fondant sur une analyse plus précise des réalités.

Au regard des initiatives se développant un peu partout en France, le Gouvernement manifeste, avec cette loi, la volonté de prendre la mesure des insuffisances de l'organisation administrative révélées par le phénomène de l'exclusion : en remettant en cause les modes d'action traditionnels, en valorisant le traitement des difficultés des concitoyens par l'initiative locale (comme le montre la généralisation des PLIE – Plans locaux pour

l'insertion et l'emploi – par exemple) et en dépassant les frontières strictes de compétences pour privilégier des partenariats efficaces sur le terrain.

Cependant, l'État doit rester le garant du principe républicain d'égalité et d'une cohésion nationale reposant sur l'adhésion collective à une communauté de valeurs et de destin.

« Quand, pour certains, la République n'existe plus qu'au fronton de nos mairies, c'est l'équilibre sur lequel est fondé notre pacte démocratique et social qui est en danger. » Martine Aubry

La programmation en santé et **les publics démunis**

Les Programmes régionaux de santé (PRS) ont été lancés, de façon expérimentale, en 1995 avant d'être officialisés par l'ordonnance du 24 avril 1996. C'est le principal outil qui permet aux régions de mettre en œuvre les priorités régionales choisies parmi celles déterminées par la Conférence régionale de santé (CRS). Les régions se sont engagées dans cette démarche avec beaucoup d'enthousiasme.

Dès 1994, une prise en compte de la précarité par les PRS

L'examen des actes des premières Conférences régionales montre que les problèmes de santé des populations précaires sont une réelle préoccupation des participants qui va être reconnue comme l'une des priorités de santé publique de plusieurs régions.

Ainsi en 1995, deux PRS¹, parmi les treize engagés cette année-là, ont eu pour thème « Santé et précarité ». Cette orientation est confortée l'année suivante par la décision de deux nouvelles régions² de lancer un programme sur le même thème.

Il est intéressant de noter que dès le lancement de cette démarche de santé publique, quatre PRS sur les trente-neuf

engagés portent spécifiquement sur les problèmes de santé des populations défavorisées. Une analyse des autres PRS, mis en place de 1994 à 1998, montre que cette préoccupation est, par ailleurs, très présente dans les objectifs de nombreux programmes. Ainsi, des PRS Périnatalité, Alcool, Saturnisme ou Santé des personnes âgées ont développé des actions en direction de ces populations exclues ou en voie d'exclusion.

La loi contre les exclusions de juillet 1998 va donner une nouvelle impulsion à cette approche en faisant des problèmes de santé des populations précaires une priorité nationale. Chaque région a été alors invitée à mettre en place un programme d'accès et de prévention aux soins pour les plus démunis.

L'émergence des Praps

Rappel historique

La circulaire du 21 mars 1995 a invité les Directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales à élaborer un Plan d'accès aux soins pour les plus démunis (PDAS). Sa mise en œuvre dans une trentaine de départements a permis d'élaborer une méthode de travail avec les divers partenaires qui concourent à la santé des plus démunis.

L'article 71 de la loi contre les exclusions, du 29 juillet 1998, a rendu obligatoire l'élaboration dans chaque région d'un programme qui est soumis à la validation du Comité régional des politiques de santé (CRPS) créé par le même article de loi. Ce programme, prévu pour trois ans, est arrêté par le

préfet de Région. Ainsi, la première génération des Praps couvre la période 2000-2002. La circulaire du 23 février 1999 en a précisé les modalités et des crédits importants ont été prévus pour faciliter leur développement.

Le contenu et la démarche des Praps

Deux thématiques importantes émergent : la santé mentale et la santé des jeunes. Plus de dix mille personnes ont été impliquées dans la démarche (notamment les associations³). Une analyse complète de l'ensemble des Praps sera réalisée pour l'automne 2000.

Dans le même temps, les déclinaisons départementales des Praps sont en cours d'élaboration (définition des actions : chiffrage, financement, programmation) : la circulaire du 13 juin 2000 rappelle aux services extérieurs la nécessité de prolonger la dynamique impulsée lors de la phase actuelle de mise en œuvre du programme.

La DGS a mis en place une démarche d'appui avec la collaboration des autres directions du ministère (DAS, DH, DPM⁴) et des délégations interministérielles (DIV, DIJ⁵).

Ainsi, des rencontres régulières sont organisées avec les coordonnateurs régionaux et départementaux depuis le vote de la loi. Un bulletin national trimestriel, *Actions Praps*, a été lancé ; il est disponible dans chaque Drass. Un espace Praps sera prochainement implanté sur le site internet du ministère de la Santé.

Une articulation PRS-Praps qui reste à trouver

Des priorités partagées

Dans de nombreux cas, les PRS ont programmé des actions dont la population cible est identique à celle des Praps. Cette approche convergente est logique, car à l'évidence l'amélioration globale de l'état de santé de la population d'une région passe par l'amélioration de la santé des populations défavorisées. D'ailleurs, la place des États-Unis au trente-septième rang du récent classement des systèmes de santé par l'Organisation mondiale de la santé s'explique en grande partie par cette mauvaise prise en charge des problèmes sanitaires de ces populations.

Aussi, les régions doivent-elles prêter un soin particulier à ce que les actions conduites au titre des PRS ou des Praps soient bien coordonnées afin d'en potentialiser les effets.

Une harmonisation nécessaire des outils

La loi a confié au CRPS le pilotage des Praps et le décret du 29 juillet 1998 a étendu cette mission à l'ensemble des programmes pluri-annuels de santé, établis au vu des propositions de la CRS. Ce pilotage des programmes, au plus haut niveau, devrait faciliter leur articulation.

En outre, les crédits d'intervention des Drass et Ddass ont été globalisés en 2000, ce qui donne une grande souplesse aux services déconcentrés

pour conduire leur politique de santé publique. Cependant, la contrepartie de cette nouvelle disposition est la nécessaire mise en place d'une coordination étroite des coordonnateurs de PRS et de Praps, tant pour répartir les crédits que pour articuler les objectifs, les actions et mettre en œuvre les orientations définies par le CRPS.

Enfin, deux études commanditées par la Direction générale de la santé, en 1999, pour évaluer les PRS, ont mis au jour certains défauts de jeunesse : fixation d'objectifs trop généraux, absence fréquente de tableaux de bord ou faiblesse des indicateurs et donc, *in fine*, une grande difficulté à évaluer l'impact de ces programmes. Cette expérience doit être mise à profit pour développer des méthodes et outils communs qui permettront de mieux coordonner les PRS de deuxième génération et les Praps dans un souci de les rendre plus opérationnels.

Ainsi, dans le domaine de l'évaluation, plusieurs modules de formation sont en cours d'élaboration avec l'École nationale de la santé publique, associant les coordonnateurs régionaux. La participation conjointe à ces formations des coordonnateurs de PRS et de Praps leur permettra de confronter expériences et difficultés et de se renforcer mutuellement par l'utilisation de référentiels et d'outils communs.

En définitive, tous les programmes de santé, quel que soit l'organisme chargé du pilotage (Drass, Ddass, Assurance maladie...), doivent être soigneusement coordonnés et développer des outils communs. Cette démarche est nécessaire pour accroître l'efficacité des actions, optimiser l'utilisation de ressources rares et ce, pour le plus grand bénéfice des populations concernées par ces programmes.

Jean-Paul Dupré

DGS, Bureau SP2, en charge des Praps

Christian Nicolas

DGS, Bureau SP1, en charge des PRS

1. En région Haute-Normandie et en Île-de-France pour le département de Seine-Saint-Denis.

2. Centre et Pays de la Loire.

3. Réseau Alerie (bilan réalisé pour la journée nationale du 23 mai).

4. Direction de l'action sociale, Direction des hôpitaux, Direction de la population et des migrations.

5. Délégation interministérielle à la ville, Délégation interministérielle à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Les « Ateliers santé » : orientations et objectifs

Les dispositions prises en matière d'éducation pour la santé au titre de la loi contre les exclusions ont été précisées dans le cadre de la circulaire d'application du 8 septembre 1998. Une mesure nouvelle de 20 MF a été inscrite à ce sujet sur le budget pour 1999. Cette circulaire du ministère de l'Emploi et de la Solidarité a mis l'accent sur le concept d'« Atelier santé », défini comme un travail en groupe avec des publics démunis, dans le but de réduire et prévenir les effets de la précarité sur la santé.

Le travail en groupe constitue en effet une des modalités fondamentales de l'intervention en éducation pour la santé. Mais celle-ci peut aussi emprunter d'autres voies : communication publique, projets multidisciplinaires... C'est la mise en œuvre de l'ensemble de ces interventions « directes » auprès des populations concernées qui fonde les activités d'accompagnement des professionnels relais : enseignants, professionnels de santé, travailleurs sociaux, responsables d'établissements... Cet accompagnement pourra prendre la forme d'organisation de formations, d'échange ou de supervision de pratiques, de proposition de supports d'action pédagogique, etc.

Sans pour autant exclure les autres modes d'intervention directe évoqués ci-dessus, la circulaire engage, au titre des « Ateliers santé », à se donner les moyens nécessaires pour élaborer des méthodologies d'intervention évaluable et généralisables. Elle implique, dans ce but, de préciser les objectifs recherchés en fonction des publics et des thèmes définis par les programmes de santé. La diversité des objets de l'éducation pour la santé entraîne en effet une dilution de ses ressources nuisant à la définition et à la divulgation de ses méthodologies et, partant, à la visibilité et à la crédibilité d'un secteur pourtant désormais reconnu comme essentiel en santé publique.

Une mobilisation collective

L'« Atelier santé » fournira l'occasion de saisir concrètement le rôle des professionnels concernés par la problématique de santé considérée : consommation de tel ou tel produit préjudiciable à la santé, alimentation déséquilibrée, mauvais recours aux soins, pour tel ou tel type de public... et de garantir ainsi la durée, condition nécessaire de l'efficacité en la matière. Un tel objectif implique de reconnaître les bonnes pratiques de ces professionnels et d'analyser les conditions de leur développement.

En ce sens, l'éducation pour la santé s'affirme pour ce qu'elle doit être : une activité contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles susceptibles d'informer, de sensibiliser, voire d'éduquer, en matière de santé.

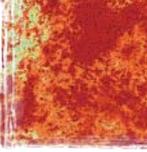
L'éducation pour la santé ne peut en effet endosser à elle seule une responsabilité qui relève de la société tout entière. Les comportements interrogent les pratiques pédagogiques et l'organisation de la vie collective, et fondamentalement la transmission et l'expression de valeurs à partager collectivement.

On soulignera donc ici les opportunités offertes, en matière d'éducation pour la santé, par les orientations définies en novembre 1998 par le ministère de l'Éducation nationale. En proposant des objectifs de développement de

compétences, pour les élèves des établissements primaires et des collèges, dans quatre domaines (connaissance et maîtrise du corps, sexualité et reproduction, environnement et santé, compétences personnelles et relationnelles), ces orientations permettent de dessiner des voies d'action concrètes auxquelles les acteurs de l'éducation pour la santé peuvent contribuer, en lien avec le milieu scolaire et son environnement.

Dans le champ de la précarité, les « Ateliers santé » prendront leur part au combat nécessaire contre les effets de cette précarité sur la santé en aidant à une prise de conscience du « capital santé », en recherchant des solutions aux problèmes rencontrés, et en renforçant les capacités de mobilisation personnelle et collective. Cela implique des méthodes participatives, respectueuses des personnes et, en l'occurrence, de la souffrance psychique induite par les sentiments d'inutilité et de dévalorisation de soi le plus souvent associés aux situations de précarité. Au besoin, il sera fait appel à des compétences spécialisées.

Cependant, comme le souligne le Haut Comité de la santé publique dans son rapport sur la santé et la précarité de février 1998, il ne saurait être question de s'attaquer à des symptômes sans tenir compte de leurs causes profondes. C'est précisément avec la loi du 29 juillet 1998



relative à la lutte contre les exclusions que le pacte social, propre à répondre au défi de solidarité, a été défini. Il revient au secteur de l'éducation pour la santé de participer, pour ce qui le concerne, à la mise en œuvre de la loi.

Une méthodologie s'appuyant sur trois principes

Dans le prolongement des considérations ci-dessus, il est proposé de répondre au besoin de développement méthodologique dans ce secteur en tenant compte de trois principes : ceux de pertinence, de spécificité et de cohérence.

– Au titre de la **pertinence**, vue sous l'angle restreint mais crucial de l'importance des moyens à engager vis-à-vis des déterminants comportementaux de la santé, il s'agit de rechercher une articulation fonctionnelle avec l'ensemble des professionnels susceptibles de pro-

mouvoir la santé dans le cadre de leurs missions propres. Cette articulation, au regard des priorités et plans de santé publique, est en effet nécessaire pour répondre, dans la durée, à l'enjeu relatif aux déterminants comportementaux.

– Au titre de la **spécificité**, il est souhaitable de s'appuyer sur la plus-value susceptible d'être apportée par le secteur de l'éducation pour la santé. S'agissant des comités d'éducation pour la santé, au regard de leur vocation généraliste, cette plus-value concerne, d'une part, le développement d'une culture de santé publique portant sur les déterminants comportementaux de la santé, en particulier dans le domaine des représentations mentales et sociales de la santé ; d'autre part, l'aide à l'organisation d'actions pluridisciplinaires transversales aux milieux de vie et de travail.

– Au titre de la **cohérence** entendue d'un point de vue éthique, il s'agit, d'une part, de savoir répondre aux pro-

blèmes de santé dans le respect de la personne humaine ; d'autre part, de savoir interroger, voire interpeller, les contextes locaux et les politiques sectorielles susceptibles d'influer sur les comportements motivant les activités d'éducation pour la santé.

Il nous semble que ces principes sont de nature à permettre l'élaboration de référentiels d'intervention convaincants et la mise en œuvre d'actions pilotes sur les thème(s) et public(s) prioritaires du Praps. Il pourraient inspirer l'action des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales en lien avec les comités d'éducation pour la santé, une fois réalisés les états des lieux nécessaires à ces « Ateliers santé ».

Antoine Gueniffey

Direction générale de la santé,
 Bureau Promotion et prospective en santé.



Le cadre méthodologique

La précarité et ses « représentations »

Les Centres d'examens de santé (CES) de la Cnamts, ou conventionnés par elle, reçoivent chaque année de nombreuses personnes en difficulté ; depuis 1992, cet accueil est une mission prioritaire. Hors de tout contrat de soins, les personnels de ces centres ont dû s'adapter à ce nouveau public. C'est tout un savoir-faire qui s'est ainsi mis en place, de façon presque confidentielle, à partir de l'expérimentation spontanée de chacun. J'ai pu recueillir, à l'occasion d'une formation, les interrogations, cheminements et réponses de ces personnels. J'en témoigne ici sur un point – les représentations de la santé –, et d'autant plus volontiers que le parcours de ces professionnels est en lui-même riche d'enseignement.

Le contexte : une formation du personnel des Centres d'examens de santé

De 1997 à 1999, j'ai été chargé par l'association Aktis (pour le compte du CFES, de la Cnamts et du Centre technique d'appui et de formation des CES) de la réalisation d'une formation intitulée : « Santé et précarité : quelles pratiques dans les Centres d'examens de santé ? » Le point d'interrogation indiquait que cette formation, destinée aux personnels de tous les CES de France, se concevait comme une démarche de recherche, de questionnement collectif à partir des expériences de tous, plutôt que comme une simple transmission de connaissances ou de pratiques préalablement définies ; nous avons même osé le néologisme de « formation-action ».

Cette proposition de formation s'inscrivait dans une histoire dont la source était la réforme découlant de l'arrêté du 20 juillet 1992 (Cnamts) relatif aux examens périodiques de santé, qui prévoyait le recrutement de certaines catégories d'assurés devant bénéficier prioritairement de l'offre d'examen périodique de santé. Cette démarche

s'est vue renforcée dans sa légitimité et sa pertinence par la Conférence nationale de santé de 1997 qui avait pour thème principal les inégalités de santé.

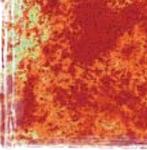
La formation s'est déroulée dans le cadre de modules de trois jours. Un dossier documentaire et pédagogique distribué à tous les participants abordait les thèmes suivants : représentations, spécificité des maladies et du cadre d'intervention, rapport à la santé, accueil, écoute, accompagnement, éducation santé, dépistage. Ce dossier comportait des pages blanches pour chacun des thèmes, destinées à être remplies par chacun des groupes.

Ce sont finalement deux cent quarante-neuf personnes qui ont participé à cette formation (10 % des effectifs globaux des CES), réparties en treize groupes de dix-neuf personnes : 28 % de médecins, 34 % de personnels paramédicaux et 38 % de personnels administratifs d'accueil. Cette répartition équilibrée était voulue et a joué un rôle important dans la richesse de la production des groupes.

Enfin, cette formation a mis en œuvre des pratiques pédagogiques innovantes en faisant appel au théâtre invisible et aux jeux de rôles.

Les représentations : une impression de malaise

Il y a d'abord les représentations que se fait le public de sa propre santé, ou du moins ce que les professionnels en retiennent et en rapportent. Le malaise commence à apparaître à ce stade. Parler des représentations des personnes en situation précaire, c'est tout d'abord les nommer, donc les distancier, alors même que tout est mis en œuvre pour être au plus près d'elles. Parler des représentations des personnes en situation précaire, c'est ensuite les qualifier, ce qui impose un champ de référents. Et celui-ci n'est pas neutre, comme le rappelle un médecin participant à la formation : « *En amont de la précarité, il y a... nous!* » Déjà forte est la tentation de se replier derrière l'objectivité qu'offrirait la technique, dans un lieu somme toute médicalisé : « *Nous sommes choqués par les classifications des précaires par dispositifs qui renvoient au modèle biomédical et pourtant, nous sommes*



leur regard. Je les aidais à poser leur regard, à le tenir droit, clair, face à face... Je comprends encore mieux, aujourd'hui, leur impossibilité à le faire, si ce face-à-face est amputé. »

Ce qui a émergé du questionnement sur les représentations, c'est donc un malaise lié à l'inadéquation entre les désirs des professionnels et la réalité de leur relation avec ce public. Une empathie envahissante caractérise le mouvement premier de tous. Celle-ci conduit pourtant rapidement à de la gêne : les tentatives de rapprochement ou de compréhension ne font que souligner la distanciation. D'où, chez les professionnels des CES, un sentiment d'échec à mettre en parallèle avec le déficit narcissique de leur public : « *Quand Narcisse s'est noyé, l'eau a pleuré : je me voyais si belle dans le regard de Narcisse...* » Ajoutons qu'il ne s'agit pas uniquement d'une attitude individuelle et que tout porterait à croire que le travail auprès de personnes défavorisées serait peu valorisant, alors même que c'est le contraire qui est énoncé partout. Ajoutons que ce clivage en recoupe d'autres, comme ceux qui opposeraient les vérités scientifiques aux vérités subjectives, la technique à la relation, etc. Autant de faux contraires qui font illusion à ceux qui voudraient fuir les vérités propres aux sujets ou les impératifs de la relation.

Vient enfin le moment de la prise de recul. Ces interrogations, pour douloureuses qu'elles soient, ne sont-elles pas essentielles, quel que soit le public reçu ? L'éthique devient ainsi, naturellement, une condition nécessaire de l'efficacité du travail en CES : le souci de l'autonomie de l'autre, de justice, de « faire du bien sans faire de mal », toutes choses non évidentes a priori et sur lesquelles on prend enfin le temps de se pencher, pour ce public que l'on sent défavorisé. S'il est une constante dans les réactions de tous les groupes, c'est bien celle qui amène chacun à reconnaître, dans chaque question soulevée à propos du public en situation précaire, une valeur universelle. Ce qui a pu faire dire à certains : « *Notre travail devient plus passionnant, il prend plus de sens, même s'il demande plus de temps.* »

Dr Jean Chiffe

Association Aktis, Orléans.

les premiers à les utiliser. » La formulation est pertinente, c'est bien d'utilisation qu'il s'agit. Alors, ces représentations, quelles sont-elles ? Celles d'un corps mésestimé ; d'une souffrance qui ne peut s'exprimer que dans l'urgence ; de symptômes trop dépendants de facteurs sociaux évidents ; de mal-être, d'angoisse du futur qui fait douter de toute tentative préventive... Et au bout de ce tableau l'impression, pour celui qui le dresse, de faire un travail d'ethnologue.

Il y a d'autre part les représentations que se font les professionnels de leur public et de sa santé. Et, là encore, les questions font mal. De fait, l'exercice consistant à mettre des mots sur les personnes à qui est destinée la générosité des missions préventives des CES, a toujours confronté les participants à une profonde déception : les qualificatifs n'apparaissent que négatifs, en termes de manques... Et surtout, il y a le regard. Estelle Chiffe a accepté, le temps d'un après-midi, de tenir, en tant que comédienne, devant les stagiaires et à leur insu, le rôle d'une femme en situation de précarité. Au-delà de l'analyse de cet exercice, elle témoigne des sentiments et de la douleur qui l'ont habitée tout

le temps où elle est restée précaire aux yeux des stagiaires :

« Je savais que la parole peut tuer et j'ai appris que le regard le peut tout autant. Il peut figer, statufier, geler toute véhémence de signes, de moyens, d'énergie, de vie... Décalée, maladroite, inhibée, comment tenir, me maintenir dans ma dignité quand celle-ci est radiée, censurée par la gêne de chacun, par la gêne du groupe... Je dérange, je dérange d'autant plus que ma présence me renvoie l'impression de discréditer l'autre (celui qui me mire). Je ne suis pas à la hauteur. Quelle que soit ma tâche, je suis une ombre au tableau. Je gêne, il me faut faire le moins de bruit possible. On condescend à me poser là dans un coin pour que je me repose, mais pour leur repos aussi. Au moindre son de ma voix, les dos se tournent, les regards se défilent et les sourires se figent. Quoique anonyme, ma présence est trop lourde, le bruit qu'elle fait est trop fort.

Je me souviens de la difficulté de réhabiliter, le temps d'un travail théâtral avec un groupe d'ATD Quart Monde, leur voix certes, mais surtout



Santé et dignité : fondement d'une approche éthique et méthodologique

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » Joseph Wresinski (1)

Repérer le sens des comportements

Aujourd'hui, même si le terme de grande pauvreté tend à être remplacé par celui d'exclusion, la définition de Joseph Wresinski reste pertinente et aide à comprendre le processus qui, à des rythmes variables et pour des motifs différents, s'inscrit dans la vie d'un certain nombre de personnes. Elle met en particulier en évidence que la capacité d'assumer seul ses responsabilités est très rapidement entamée dès lors que les sécurités de base sont affectées... Ainsi, la démarche en éducation pour la santé auprès des publics en situation précaire, si elle ne diffère pas fondamentalement, dans ses principes essentiels, des démarches effectuées auprès d'autres publics, va cependant être confrontée à un enjeu particulier : celui d'intervenir précisément sur cette capacité à maîtriser certains aspects de la vie qui participent au bien-être et à choisir des comportements favorables à la santé.

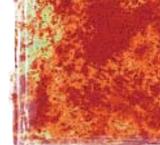
Proposer cette définition comme point de départ de notre réflexion, c'est affirmer que, d'emblée, l'intervenant en éducation pour la santé devra chercher à comprendre, à connaître ce qui détermine chez les personnes certains comportements ou représentations perçus

comme favorables ou défavorables à la santé. D'une certaine manière, le premier temps de la démarche éducative consistera à trouver les moyens pédagogiques de remonter, avec les personnes concernées, la trajectoire décrite par cette définition, afin de repérer le sens des comportements et la manière dont ils se sont construits. Cela revient à chercher à connaître la personne dans sa singularité, son histoire, sans introduire de jugements a priori sur ses comportements et, plus fondamentalement encore, en la considérant comme « égale en dignité », principe posé en fondement de la loi d'orientation contre les exclusions : « *La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains...*¹ ».

« Il nous appelait à reconnaître son égale dignité, malgré les apparences si souvent contraires. » L'histoire de Michel montre combien la précarité peut marquer la vie quotidienne des personnes. Leur trajectoire est jalonnée par des privations de droits, de sécurité, de ressources, de soins, d'éducation et d'accès à la culture. Ces privations conduisent souvent à des comportements de fuite, d'isolement, de déni de la souffrance, de dés-affection de soi... Mais les trajectoires sont aussi marquées par des formes diverses de résistance à la dureté de la vie, par des réseaux de solidarité familiale ou autre, par des stratégies inventives de survie, et ces aspects sont moins accessibles à notre connaissance.

« Il y a quelques semaines, Michel est mort à Lyon : il n'avait pas quarante ans. Nous n'oublierons pas ses yeux bleus, ses éclats de rire, ses rêves, ni sa colère contre sa vie à la rue. Car Michel a trouvé un lieu pour mourir, mais il n'avait pas de logement pour vivre. Depuis plus de dix ans, il était sans domicile. À l'approche de l'hiver, il disait que la misère "c'est mourir de froid, de faim, ne pas savoir où dormir..." ».

Lorsque je l'ai connu, la moitié de sa vie se passait dans les hôpitaux ; il y restait parfois enfermé des semaines sous haute surveillance et s'en enfuyait dès qu'il le pouvait. L'autre moitié se passait dans la rue ou dans les squats. Sa soif de reconnaissance criait le droit pour tout homme d'avoir des amis, quelles que soient la profondeur de sa détresse et notre impuissance à le secourir. Il nous appelait à reconnaître son égale dignité, malgré les apparences si souvent contraires (2). »



Résistance ou déni, ces deux marques de la précarité façonnent des comportements. Nous pouvons mieux comprendre alors combien un même comportement, par exemple la consommation d'alcool ou de tabac, peut participer tout autant à détruire une vie qu'à l'aider à tenir debout. Le principe du « respect des équilibres individuels et sociaux » promu par la charte d'Ottawa² apparaît ici comme essentiel ; en effet, ces équilibres résultant souvent d'une adaptation aux conditions de vie, ils peuvent être menacés par la promotion de telle ou telle habitude de vie jugée, par nous, plus favorable à la santé.

Vers une santé publique citoyenne

Dans les différentes approches en éducation pour la santé, certaines méthodes permettent plus facilement d'accéder à une véritable connaissance, une re-connaissance, qui opère souvent, en elle-même, comme un facteur de réintégration ou d'insertion.

• **L'intervention de proximité**, qui ne consiste pas seulement à rejoindre les personnes sur leur lieu de vie, mais peut aussi correspondre au désir de leur redonner l'initiative à travers une relation de confiance qui se construit dans l'écoute, l'échange, l'action partagée.

« Mme B. a 50 ans et a élevé cinq enfants. Elle vient me voir avec son mari parce qu'elle a changé de quartier et, dit-elle, "comme vous êtes le plus près... De toutes les façons les docteurs c'est toujours les mêmes, n'est-ce pas docteur ?" Mme B. a du diabète, depuis longtemps, et plutôt pas mal. Elle prend de temps en temps des médicaments et quand je lui parle de son régime, elle me regarde d'un air étonné. Je lui dis que je vais l'examiner et puis, par la suite, si elle décide de me choisir comme médecin, je demanderai son dossier à son ancien médecin. Je lui demande de se déshabiller et je l'examine. "Ah ça, docteur, on me l'a jamais fait !" dit-elle en se rhabillant...
Trois ans plus tard, je la revois pour sa consultation de contrôle. Elle a quitté le quartier depuis un an et habite à l'autre bout de la ville. Glycémie : 1,12 g/l, hémoglobine glyquée : 6 %... les connaisseurs apprécieront. "Mme B, de tous mes patients diabétiques, vous êtes celle qui se soigne le mieux." Elle me répond : "Ah ça docteur, vous vous souvenez la première fois, vous m'avez examinée³ !" »

• **L'intervention collective**, qui offre un cadre structurant à l'intérieur duquel les personnes découvrent un nouvel équilibre dans leurs relations avec les professionnels et les autres, se reconnaissent parfois dans l'expression d'un membre du groupe et puisent ainsi la force de s'exprimer à leur tour (3).

• **L'approche généraliste de la santé**, notion que nous préférons ici à celle d'approche globale. En effet, sa particularité n'est pas de s'opposer à un abord thématique, mais de proposer une démarche : à partir d'une porte d'entrée, d'une plainte, d'une situation apportée par les personnes, rechercher la résonance dans la vie des personnes du groupe, prendre le temps d'entendre, d'éprouver cette résonance pour en percevoir le sens et mieux orienter ensuite le projet d'éducation pour la santé.

Ces différents types d'approche supposent de la durée, de la cohérence avec l'environnement immédiat des personnes, du respect face à la participation parfois « fluctuante » ou déconcertante des personnes. Ainsi, travailler en éducation pour la santé auprès de personnes en situation de précarité ou

d'exclusion conduit toujours à développer un travail en partenariat avec ceux qui, professionnellement, sont en relation de façon durable avec elles, dans les lieux d'hébergement, d'insertion, les quartiers, les associations... Selon le type de projet, l'un ou l'autre aspect sera privilégié : soit entrer dans une démarche de proximité avec les personnes elles-mêmes, soit travailler en partenariat avec les autres acteurs.

Cependant, en éducation pour la santé, la question du croisement entre ces deux démarches se pose fortement. La rencontre entre professionnels et populations peut en effet contribuer à réintroduire les personnes dans une relation de confiance vis-à-vis des structures ou des dispositifs, souvent vécus par elles comme dévalorisants. Elle peut, par ailleurs, ouvrir un espace de reconnaissance mutuelle et aider les professionnels à découvrir des leviers à partir desquels ils pourront aider à agir pour un mieux-être des personnes.

Ainsi, l'intervenant en éducation pour la santé qui travaille sur les deux registres, avec les populations et avec les professionnels, devrait poursuivre sa



démarche en favorisant ce type d'échange pour que se réalise un véritable « croisement des savoirs (4) » ou encore une « synthèse culturelle », comme dit Paulo Freire (5), « dans laquelle se résout la contradiction qui existe entre la vision du monde » des professionnels et celle des populations en situation précaire ou exclues... De cette rencontre découle un enrichissement mutuel... et probablement la possibilité de construire des démarches éducatives respectueuses des personnes et tenant compte de leur environnement.

L'éducateur pour la santé pourra choisir d'aller encore plus loin dans la démarche, vers une santé publique citoyenne, témoignant et dénonçant ce qui, dans la vie quotidienne des personnes, fait obstacle à un « être en santé ». Cette démarche citoyenne aura certainement plus de poids si elle est portée, elle aussi, avec les personnes en situation précaire ou exclues.

Dr Agnès Granier

Chargée de programmes « Santé-Précarité »,
Craes Rhône-Alpes, Lyon.

Les cinq idées clés énoncées par Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD Quart Monde, lors de l'inauguration du Forum régional sur la santé des familles du quart-monde, en avril 1985, à Nancy :

- 1.** La pauvreté met les familles qui la subissent en état de choc, et de ce fait elle les empêche de rencontrer les autres hommes.
- 2.** Si nous voulons être admis par les familles les plus pauvres comme partenaires de leur santé, il nous faut reconnaître que, quelle que soit notre position, quelle que soit notre implication, la misère est pour nous un échec. Il nous faut aussi reconnaître que la misère met en état d'échec vis-à-vis de la société, les familles qui la vivent. En effet, celles-ci, étant donné leurs conditions, ne peuvent assumer leurs responsabilités, ni tenir leur place dans la société comme l'attendraient d'elles les autres citoyens.
- 3.** Les familles les plus démunies ne sont pas en position d'être partenaires de l'ensemble des groupes sociaux, politiques, religieux. En réalité, elles ne peuvent, seules, être crédibles

dans une société qui ignore totalement ce qu'elles vivent. Notre faiblesse est de ne pouvoir décoder la vie des plus pauvres et le pourquoi de leur refus de la misère. Or les familles ne peuvent avoir confiance et agir avec nous que si, profondément, nous connaissons leurs aspirations et si nous sommes d'accord avec la quête qui est la leur, celle d'échapper à leur condition.

4. Assumer à la place des familles les plus défavorisées leurs obligations, c'est pérenniser la misère. Mais ne pas le faire, c'est risquer la vie des enfants, des hommes et des femmes. Nous tous, gens de santé, nous nous trouvons plus ou moins constamment devant ce dilemme.

5. Nous pouvons dire que ce qui fait agir les plus pauvres, notamment en ce qui concerne leur santé, est la confiance qu'ils mettent dans notre compétence. Aussi, en raison de cette compétence, les familles les plus pauvres peuvent nous choisir ou non comme partenaires. Mais elles ne le feront que si nous nous engageons avec elles à détruire la misère.

1. Article premier de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation contre les exclusions.

2. Charte d'Ottawa, première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986.

3. Dr Philippe Foucras, médecin généraliste, Roubaix.

► Références bibliographiques

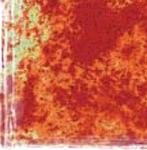
(1) Wresinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. In : Avis et rapports du Conseil économique et social. Journal officiel 1987 ; 6 : 104 p.

(2) Godinot X. *Une souffrance qui provoque au changement*. Revue Quart Monde 2000 ; 173 : 55-56.

(3) *Agir avec les plus défavorisés*. Dossier ressource 1996, Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes (18 bis, rue d'Enghien - 69002 Lyon).

(4) Groupe de recherche Quart Monde Université. *Le croisement des savoirs*. Paris : L'Atelier - Quart Monde, 1999 : 528 p.

(5) Freire P. *Pedagogia del oprimido*. Madrid : Siglo XXI, 1984 : 240 p.



La mise en œuvre

« Là où les hommes sont condamnés à vivre dans la misère, les droits de l'homme sont violés. S'unir pour les faire respecter est un devoir sacré. »

Joseph Wresinski (17 octobre 1987, première journée mondiale du refus de la misère).

L'engagement du CFES envers les populations en difficulté : histoire d'un parcours

À la demande de la Direction générale de la santé, le Comité français d'éducation pour la santé a été mandaté pour animer un groupe de travail national avec les Comités d'éducation pour la santé impliqués dans les « Ateliers santé » des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)*. Ce texte présente une rétrospective des démarches d'éducation pour la santé initiées depuis plus de dix ans, et qui ont conduit à l'inscription des « Ateliers santé » dans la loi.

Le temps de l'accès aux soins

Au CFES et dans le réseau des comités, nos prédécesseurs en éducation pour la santé se sont mobilisés depuis de nombreuses années face à l'émergence et la persistance des situations de pauvreté : dès la fin des années quatre-vingt, la lutte contre les inégalités apparaît comme une priorité des actions du CFES (1). Les deux lois relatives à la mise en place du Revenu minimum d'insertion (RMI), en 1988 et 1992, permettent aux acteurs de l'éducation pour la santé de se mobiliser et de proposer des démarches d'accompagnement « à l'accès aux soins » (2).

Des expériences locales se développent (3) et déjà se manifeste le souci d'analyser les pratiques des éducateurs pour la santé face à une population et des problématiques qui questionnent, mettent à mal les schémas traditionnels d'intervention et font émerger « la nécessaire intervention conjointe de l'État, des collectivités locales, mais aussi de toute

la société civile susceptible d'apporter des éléments de réponses (4). »

Les professionnels innovent, tâtonnent parfois et interrogent le sens de leurs actions et de leurs interventions, oscillant entre deux polarités historiquement bien connues du travail auprès des plus pauvres : d'une part, la nécessité d'intervenir pour restaurer des droits, développer des passerelles entre l'exclusion, la marginalité et le droit commun ; d'autre part, la préoccupation légitime de ne pas renforcer de nouvelles modalités de contrôle social ou de stigmatisation des populations en difficulté (5).

Le temps des réseaux

Du point de vue des politiques publiques, les dispositifs témoignent des mêmes interrogations et de la même nécessité de « procéder autrement ». Avec les Plans santé ville et les Réseaux de santé de proximité, de nouvelles pratiques de travail en partenariat

se font jour comme une des possibilités de s'organiser face à la complexité des situations (6) : l'hôpital s'ouvre sur la ville et développe l'accueil social, les associations se rapprochent inévitablement des institutions, le secteur social intègre peu à peu les préoccupations sanitaires et réciproquement. Ces modalités de travail et d'organisation s'officialisent dans la circulaire n° 9 508 du 21 mars 1995 initiant les Programmes départementaux d'accès aux soins qui préfigureront les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) dans leur forme actuelle.

Confortées par ces textes, d'autres démarches en éducation pour la santé vont se mettre en place, au sein des Contrats de ville, dans le cadre des Programmes régionaux de santé (7) ou de projets ayant trait à la nutrition (8). Le CFES et le Codes du Doubs capitaliseront ces acquis et les renforceront avec des expériences étrangères dans le cadre de la coordination du réseau

EUR-HOPE (*European network for the Health of the Poor and Excluded*) et l'édition d'ouvrages (9).

Vers l'accès à la prévention

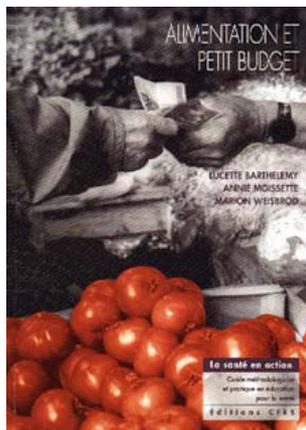
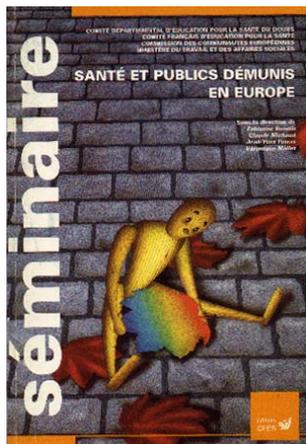
Quand, à la fin des années quatre-vingt-dix, l'idée d'une loi contre les exclusions commence à mobiliser les associations et les pouvoirs publics, la nécessité d'un volet « Santé, prévention et éducation pour la santé » fait l'unanimité, au même titre que l'accès à la culture, au logement et aux loisirs. Le mouvement ATD Quart Monde a porté inlassablement cette nécessaire approche globale, à laquelle se réfèrent les éducateurs pour la santé à travers la Charte d'Ottawa. Les « Ateliers santé » représentent un volet incontournable, nécessaire et complémentaire, de la lutte contre les exclusions. Les pouvoirs publics ont engagé des financements et des modalités de travail sans précédent dans le champ de l'éducation pour la santé. Ce travail doit s'inscrire dans la durée, permettre de restaurer des droits, de la dignité, de la fraternité et du progrès pour chacun. Gageons que la mobilisation des Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé contribuera à cet effort.

Écouter pour entendre

Si les engagements de l'éducation pour la santé en général et du CFES en particulier dans la lutte contre les inégalités ne sont pas récents, il convient de présentement de poursuivre et de développer ces efforts vers les populations le plus en difficulté.

Qu'est-ce que cela signifie ?

– d'abord, reconnaître comme une priorité la systématisation des pro-



grammes éducatifs pour accompagner les dispositifs de santé ;

– ensuite, professionnaliser les équipes de terrain afin que les actions mises en œuvre gagnent en qualité (recommandation du Haut Comité de la santé publique dans son dernier rapport sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes).

Cela, pour permettre enfin que l'éducation pour la santé soit véritablement cet espace d'attention, d'écoute et d'accompagnement qui prend réellement en compte, reçoit et considère la parole des plus démunis. Il s'agit d'écouter pour entendre et non d'écouter « pour écouter ».

Et « entendre », pour les professionnels et les institutions, cela signifie que les choses ne sont pas décidées uniquement entre eux et par avance, mais qu'elles résultent bien d'une interaction à la fois équitable, réciproque et authentique avec les plus pauvres...

Une manière, peut-être, de contribuer à modifier le cours des choses, comme nous y invitent ces quelques lignes de Christian Bobin :

« Qui tient le verbe tient le monde. Regardez les vêtements des pauvres. Regardez les souliers des pauvres. Regardez les maisons des pauvres. Vous aurez beau regarder, vous ne connaîtrez rien de la pauvreté tant que vous n'aurez pas vu le visage des pauvres devant la parole de ceux qui savent, décident et jugent.

Les pauvres n'entendent rien à ce que leur disent leurs maîtres. Ils deviennent simplement que cette parole sûre d'elle leur vole le monde,

Références bibliographiques

- (1) Comité français d'éducation pour la santé. *Dix priorités pour le Comité français d'éducation pour la santé*. Vanves : CFES, 1990 : 8 p.
- (2) Fatras J.-Y., Goudet B. (sous la dir.). *RMI et santé*. Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1993 : 320 p.
- (3) Michaud C., Minervini M.-J. et al. *Dispositif en faveur de la santé des jeunes en stage d'insertion professionnelle dans le Doubs*. Revue Santé publique 1995 ; 1 : 19-28.
- (4) Fatras J.-Y. *Quelle santé pour les populations défavorisées ?* La Santé de l'homme 1992, n° 301 : 16.
- (5) Bertolotto F. *Santé et précarité : évaluation des interventions de neuf Comités d'éducation pour la santé de la région Centre-Ouest*. Rennes, 1995 : 44 p.
- (6) Brixi O., Alias F., Tondeur L. *Plan santé ville, Réseaux de santé de proximité*. Synthèse. Vanves : CFES, 1996 : 32 p.
- (7) Tuleu F., Brixi O. *Santé précarité : outil d'aide à l'action*. Vanves : CFES, coll. Guides d'action, 1997 : 98 p.
- (8) Barthélémy L., Moissette A., Binsfeld C. *Alimentation atout prix*. Classeur pédagogique. Vanves : CFES, 1997 : 108 p.
- (9) Le Bihan G., Michaud C., Brixi O. *Alimentation des élèves issus de milieux défavorisés : constats, enjeux, aide à la décision*. Vanves : CFES, 1996 : 28 p.
- (10) Bonnin F., Michaud C., Fatras J.-Y., Mallet V. (sous la dir.). *Santé et publics démunis en Europe*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1995 : 198 p.
- (11) Bobin C. « Je me suis levée au milieu du repas », in : *L'Inespérée*. Paris : Gallimard, coll. Folio, 1996 : 120 p.

que cette parole somptueuse et l'injustice qui leur est faite ont partie liée, profondément liée. Ce n'est pas le savoir qui est en question – c'est cette parole soucieuse d'elle-même et d'elle-même uniquement ; cette horreur d'une parole qui va seule dans son aisance, et la vie abandonnée par-dessous (10). »

Fabien Tuleu

Responsable adjoint, service Appui au développement de l'éducation pour la santé, CFES.

* Voir p. 30.

De l'intention à l'action

Conformément à la circulaire ministérielle du 8 septembre 1998, le Comité départemental d'éducation pour la santé de la Haute-Garonne, en concertation étroite avec la Ddass 31, a élaboré un projet d'action communautaire appliquée au champ de la précarité.

Les objectifs de ce programme, en principe trisannuel, sont :

- donner de la visibilité à ce qui existe en matière d'ateliers centrés sur la revalorisation de l'estime de soi et la restauration du lien social de personnes en situation de précarité, à Toulouse et dans son agglomération directe ;
- pointer les besoins dans ce champ d'activité ;
- définir des modalités concrètes pour satisfaire les besoins identifiés ;
- favoriser le développement d'une évaluation pertinente des ateliers.

Réalisation d'une enquête à visée diagnostique

Grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels travaillant directement avec des personnes en situation de précarité, et après avis et validation de la Ddass et de la CPAM 31, le Cdes de la Haute-Garonne a pu :

- définir les critères qualitatifs requis par les structures à consulter et constituer ainsi un répertoire des structures retenues pour l'enquête ;
- élaborer le questionnaire d'enquête soumis à un prétest.

Au total, ce sont trente-sept structures de Toulouse et de son agglomération directe qui ont été sollicitées pour participer à l'enquête. Dix-neuf d'entre elles, soit 53 %, ont répondu au questionnaire.

Les résultats de l'enquête

1) Nature et qualité des activités collectives décrites sur la base d'une typologie établie par le Cres Languedoc-Roussillon¹

Par ordre décroissant de recours à ces activités (pourcentage des structures ayant organisé ce type d'activité en 1999), nous constatons que les at-

eliers « créatifs » sont les plus développés (60 %), puis les activités « corporelles » (53 %) ; viennent ensuite les activités « apprentissage » et « santé » (33 %) et enfin les activités « citoyennes » et « groupes de parole » (27 %) – les activités « santé » et « groupes de parole » ne représentant qu'un dixième des activités décrites.

En ce qui concerne les objectifs visés, les plus recherchés sont le « renforcement du lien social » et la « revalorisation de l'estime de soi » ; viennent ensuite la « prise de conscience de ses capacités », l'« apport de connaissances » et enfin les « loisirs ».

2) Nature et qualité des besoins

Les besoins exprimés par 83 % des structures sont hétérogènes et concernent l'ensemble des catégories décrites précédemment. Cependant, ce sont les activités « santé » qui sont le plus demandées. Apparaît également le besoin des professionnels d'être formés à l'animation d'ateliers.

Dans le souci de favoriser le développement de la démarche communautaire prônée par le Cdes de la Haute-Garonne, mais également la définition concertée des modalités de prise en compte et de traitement des résultats de l'enquête, des réunions de travail sont organisées toutes les six semaines, associant des professionnels des structures concernées et des personnes en situation de précarité ayant ou pouvant bénéficier d'activités collectives.

Définition d'orientations stratégiques : mise en perspective

Des débats collectifs qui se sont tenus lors des quatre réunions où étaient représentées une dizaine de structures soit par le directeur, soit par un professionnel et/ou une personne bénéficiant d'une activité collective², il ressort trois axes de travail :

1) Valoriser ce qui existe en matière d'activités collectives proposées aux

personnes en situation de précarité et favoriser les articulations entre les besoins d'activités et les activités existantes à travers la création d'un jeu de fiches descriptives.

Cet outil vise la poursuite et le développement de la dynamique partenariale d'ores et déjà engagée en permettant :

- l'ouverture des activités à des personnes qui feraient le choix, à titre individuel, d'y participer ;
- la mutualisation de moyens entre structures (ex : projet « Touba » inter-CHRS, voir plus loin) ;
- les échanges de renseignements, voire de prestations, entre les professionnels sur le modèle du « réseau d'échanges réciproques de savoirs ».

2) Accompagner les participants, d'un point de vue méthodologique,

dans une interrogation des projets de structures et favoriser l'évaluation de la cohérence entre les valeurs, les objectifs et les moyens mis en œuvre dans les activités collectives. Les débats ont ainsi permis d'échanger sur :

- **la notion « d'estime de soi »**, introduite par une personne en situation de précarité ; selon celle-ci, « *l'estime de soi ne se perd pas, à la différence de la confiance en soi* ». Un travail de problématisation collective a porté sur la place et le rôle de l'estime de soi comme facteur de risque et/ou conséquence dans le processus de précarisation, mais aussi la prégnance du regard collectif dévalorisant dans ce processus.

- **la pertinence du recours aux activités collectives** qui, dans la complexité des interactions et interrelations qu'elles permettent, favorisent le réinvestissement d'un espace « public » par la personne. « *Il s'agit de (se) montrer que l'on peut agir dans cet espace.* »

- **la progressivité des étapes du réinvestissement de l'estime de soi** au prix d'un travail sur soi qui mène vers la prise de conscience de son « appartenance » à un groupe. « *Se reconnaître dans les autres qui sont comme moi est difficile, mais nécessaire pour continuer à avoir le sentiment d'exister.* »

— la question de l'évaluation réintroduite dans le cadre du déroulé des différentes étapes de la méthodologie de projet. Après avoir clarifié et formalisé la nature des objectifs relevant d'un projet social, de structures, de professionnels « promoteurs » d'activités collectives ou encore de personnes souhaitant y participer, il a été possible d'élaborer ensemble des indicateurs adaptés.

3) Contribuer directement à l'animation d'activités collectives relevant de compétences en éducation pour la santé.

Ainsi, à la demande de cinq CHRS de Toulouse, le Cdes de la Haute-Garonne participe au projet « Touba » (anagramme de Tabou) décrit dans l'enquête comme activité « santé » et relevant du dispositif « accès aux soins des publics démunis ».

Loin de l'objectif « apport de connaissances », majoritairement associé au type d'ateliers « santé », celui du chargé de projet en éducation pour la santé, en coanimation avec un « expert » sur un thème choisi par les participants en

concertation avec les équipes éducatives, est de permettre et de faciliter la prise de parole de chacun, mais aussi de réguler les échanges du groupe, dès lors plus proche du renforcement de l'estime de soi et du lien social.

Ainsi, deux soirées se sont tenues respectivement sur les thèmes « Le couple dans nos cultures aujourd'hui » et « Les conflits dans la relation homme-femme ».

Du point de vue des participants, il ressort que pouvoir parler de soi en confiance « sans apporter de réponse, ça fait du bien », et puis « écouter les opinions de tout le monde... ça oblige à penser à ce qui est dit ».

Du côté des professionnels, l'heure est aux remaniements : « Je suis toujours étonnée de la richesse des échanges... « J'ai trouvé, malgré la force des témoignages, tout le monde très digne » ou encore « Je suis contente de l'intitulé de notre soirée, "parlons de..." , parce que c'est ce qu'on a fait, et peut-on faire autre chose?... »

Ces moments et lieux de parole, tout aussi ponctuels et partiels soient-ils, sont donc l'occasion de partager des histoires singulières et peut-être de construire ensemble un autre regard porté sur soi et sur les autres.

Ils répondent aussi, comme en témoignait une personne sans domicile fixe, au besoin de créer « des lieux de rassemblement, de parole, où l'on puisse prendre des décisions, parce que la rue, c'est la place de personne... ».

Laurence Birelichie

Directeur du Cdes de la Haute-Garonne
et du Cres Midi-Pyrénées,

François Alias

Sociologue, conseiller en méthodologie
Cdes
de la Haute-Garonne

Ateliers santé et Praps

De juillet 1999 à janvier 2000, le Comité français d'éducation pour la santé et le Comité régional d'éducation pour la santé Midi-Pyrénées ont organisé quatre rencontres nationales de « référents Ateliers santé et Praps ». Chaque réunion a accueilli en moyenne treize référents et seules trois régions n'ont jamais été représentées. Trois activités principales ont été portées par le groupe : l'enquête sur les réalisations des comités en lien avec la circulaire du 8 septembre 1998 ; l'élaboration de principes éthiques et méthodologiques d'intervention dans le champ de la précarité ; le questionnement des pratiques et l'analyse subséquente des besoins des comités.

L'enquête sur l'implication du réseau

Une enquête menée auprès de l'ensemble des comités d'éducation pour la santé avait pour objectif de témoigner des activités des comités dans le champ de la précarité et de suivre, dans leurs évolutions, les pratiques mises en œuvre. Tous les comités ont été sollicités, soit directement, soit par le biais d'un référent régional. Les informations recueillies ont été analysées et traduites en une typologie d'actions qui rend

compte, à un moment donné, des positionnements des comités et globalement de celui du réseau. On en retire le constat d'une certaine homogénéité, d'une cohérence formelle dans la nature des interventions. Celles-ci peuvent se répartir en quatre types : ateliers, appuis aux acteurs, formations, appuis au réseau. L'enquête a mis en évidence la tendance des comités à orienter plus souvent leurs activités en direction des professionnels ou des relais actifs dans le champ de la précarité (57 % de l'ensemble des actions décrites) qu'en direction des personnes elles-mêmes en situation de précarité ; elle a aussi mis en relief l'importance des activités de conseil et d'appui aux acteurs (39 % des actions).

Principes éthiques et méthodologiques

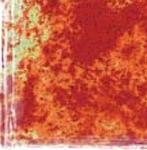
L'approche des principes éthiques et méthodologiques appliqués à la précarité est apparue comme un préalable nécessaire à une analyse fine des pratiques des comités d'éducation pour la santé dans ce domaine. Un sous-groupe a donc travaillé à formaliser des propositions de principes en cherchant à cerner d'abord ce qui fonde la spécificité de l'intervention en éducation pour la santé dans le champ de la pré-

carité. Il a finalement estimé que les principes éthiques qui lui étaient applicables étaient identiques à ceux qui s'imposaient dans les autres champs d'intervention. Néanmoins, il a considéré que les professionnels devaient être d'autant plus vigilants quant au respect de ces principes que le public concerné était d'une grande vulnérabilité et que les enjeux étaient surdimensionnés par rapport à ceux que l'on rencontre dans d'autres champs (voir *La Santé de l'homme* n°s 346 et 347).

Interrogation des pratiques et analyse des besoins des comités

Ce travail n'a pu être qu'ébauché car, en janvier 2000, la plupart des comités n'étaient pas encore entrés dans les phases opérationnelles des actions.

Il reste donc à s'engager précisément dans le questionnement de la cohérence des pratiques et des méthodes. Cette entreprise, qui paraît essentielle, permettra de réinterroger les articulations entre l'éthique et la méthodologie et également de faire le point sur la pertinence des outils existants ou la nécessité d'en inventer de nouveaux.



Six expériences d'« Ateliers santé »

Les groupes de parole : espaces de mobilisation face à la souffrance psychosociale

La souffrance « psychosociale » est liée aux conséquences, sur la vie psychique et sociale, des ruptures du lien social. Ces ruptures (scolaires, professionnelles, familiales, relationnelles) ont pour effet de modifier fondamentalement les perceptions que l'individu a de son rapport à lui-même, aux autres, à la société, et de fragiliser toute notion de lien : dégradation de l'image de soi, perte du sentiment d'utilité, altération du sentiment d'exister, repli sur soi, exacerbation de l'auto- et de l'hétéro-agressivité... Les incidences de cette souffrance sur la santé s'expriment à travers un déficit d'accès aux soins, un recours inapproprié aux services des urgences hospitalières, des conduites à risque, un refus d'aide.

C'est à partir de ce constat que nos politiques de santé, « en accompagnement des mesures d'ordre économique », visent à atténuer les conséquences de l'exclusion sur la santé : coordinations interministérielles, adaptation des structures de soins aux publics, Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), coordination ville-hôpital, ateliers d'éducation pour la santé.

Dans ce contexte, l'implication des Comités d'éducation pour la santé dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) n'est ni un « cache-misère », ni même une simple mesure compensatoire. Elle comporte aussi, comme dans tout système éducatif, une tâche noble : celle de transmettre des connaissances, de former et d'accompagner des personnes pour leur permettre de développer leurs capacités à agir sur leur vie et leur environnement, a fortiori lorsque celui-ci est hostile ou a tendance à « broyer l'humain ».

Les « Ateliers santé », conçus en Aquitaine comme des espaces de parole fondés sur l'implication de chacun et sur

la dynamique des interrelations au sein du groupe, favorisent la réflexivité du « sujet », dans son rapport à lui-même, aux autres et aux dispositifs publics de santé et d'insertion.

La santé, reflet de la conflictualité d'exister

Dans sa rencontre avec les publics, l'éducateur pour la santé, autrefois émetteur de messages, est devenu aujourd'hui l'interlocuteur d'une conflictualité qui s'exprime à trois niveaux :

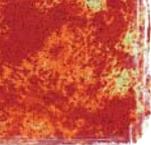
- conflictualité intra-psychique : elle concerne le rapport de soi à soi, l'appréciation de son parcours de vie, l'ambivalence des attitudes face aux risques, les paradoxes de la jouissance et son rapport à la mort psychique et physique (alcool, drogues, sexe, violence, abandon de soi...);
- conflictualité interpersonnelle : elle concerne le rapport de soi aux autres, souvent source de traumatismes... « Toujours trop absents quand je suis seul, toujours trop présents quand ils sont là... » ;
- conflictualité citoyenne : elle concerne l'intérêt du « vivre ensemble », dont Freud, dans *Malaise dans la civilisation*,

nous présentait le prix à payer pour vivre en « socialité » : « *Si la civilisation impose d'aussi lourds sacrifices, non seulement à la sexualité mais aussi à l'agressivité, nous comprenons mieux qu'il soit difficile à l'homme d'y trouver son bonheur (1).* » Cette fragilité inhérente à l'inscription sociale est accentuée aujourd'hui par les mécanismes d'exclusion qui surinvestissent en retour les derniers signes revendicatifs du sentiment d'exister : la pulsion et la jouissance, plutôt que le souci de soi.

La connaissance de ces trois niveaux de conflictualité est à même de redéfinir nos orientations pédagogiques et nos techniques d'animation.

Le groupe comme espace de réhabilitation du « sujet », d'inclusion et de redynamisation des personnes

Le groupe est un espace propice au développement des compétences psychologiques et psychosociales visées par l'éducation pour la santé : pour des raisons jusque-là plus empiriques que techniques, on savait qu'il favorisait la



(CHRS), TRACE (Trajets d'accès à l'emploi), Revenu minimum d'insertion (RMI)... –, les groupes n'existent pas. Dans d'autres – Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), organismes de formation des Missions locales pour l'emploi –, le groupe n'est souvent qu'une assemblée composée d'individualités peu liées par des intérêts ou objectifs communs. L'évolution d'une assemblée de participants à une dynamique de groupe devient donc un objectif à part entière du travail d'éducation pour la santé.

Des ateliers fondés sur la parole

L'éducateur pour la santé y est attentif. Il se présente tout d'abord, propose l'objet du travail (« Promouvoir la santé ? Qu'est-ce que cela veut dire ? Pourquoi ? Qu'avez-vous à en dire ?... »), le cadre (parfois jusqu'à dix séances d'atelier), puis énonce les règles de fonctionnement du groupe en expliquant leurs raisons d'être et en sollicitant

l'assentiment des participants : « Parler en son nom. Respecter les avis des autres. Argumenter si on n'est pas d'accord. Ne pas nuire en utilisant à l'extérieur du groupe ce qui a pu être dit à l'intérieur, etc. »

Cette première étape donne une certaine solennité aux échanges et a pour effet de constituer les prémisses d'une distinction entre le dedans (inclusion) et le dehors (exclusion) du groupe.

Dès que commencent les échanges sur les thèmes prioritaires à aborder – les connaissances, les opinions, les attitudes, les représentations du corps, les expériences de vie de chacun –, le groupe devient progressivement la scène sur laquelle se projettent, au-delà des propos manifestes, les problématiques personnelles, relationnelles et d'insertion sociale : intérêts pour les thèmes, convergences de points de vue et alliances... mais aussi désaccords et jugements négatifs, accrochages et violences verbales, rejets de l'autre, du groupe, de la société, de l'éducation pour la santé et... de l'éducateur pour la santé.

Loin d'être un obstacle ou un processus de parasitage du travail qu'il

faudrait canaliser, ces manifestations chargées d'affects (constructifs ou destructifs) représentent le moteur d'une avancée, tant de l'individu que du groupe, où s'éprouvent ensemble les trois niveaux de conflictualité. Pour peu que l'éducateur pour la santé sache les entendre et les reformuler à l'intérieur du cadre fixé par les règles du groupe, les blessures et les forces peuvent alors s'échanger, se mettre en perspective, s'enrichir des remarques, expériences et conseils des uns et des autres. S'exprimer et se faire entendre, puis se taire pour laisser une place à l'autre, réhabilite la place de la parole et la valeur de l'échange, dont chacun se fait progressivement le garant, à la suite de ce qui a été initié par l'animateur.

Les compétences visées par l'éducation pour la santé (capacités à verbaliser, s'autoriser, se positionner...) sont ainsi mobilisées et utilisées au service d'une meilleure compréhension des facteurs de risque et dans une perspective de plus grande autonomie des personnes.

En intégrant la dimension de groupe et le cadre de règles (qui garantissent à chacun sa place dans le groupe) dans son approche et son accompagnement des situations-problèmes exprimées, l'éducateur pour la santé permet aux personnes de progresser en conflictualisant ce qui est déjà, latent ou patent, jusque-là plus souvent agi que parlé (le lien à soi, à autrui, à la société, et ses incidences sur la santé).

Fondées sur la parole comme support de la réflexivité individuelle et sur la dimension de groupe comme vecteur d'insertion, les dynamiques de ces « Ateliers santé » viennent en complément des prises en charge médicales, psychologiques et sociales, en renforçant chez chacun les ressources pour demeurer sujet de sa vie, acteur de ses choix, citoyen de droits : une aventure authentiquement humaine.

Bruno Larrose

Psychologue, conseiller méthodologique régional, directeur du Craes Aquitaine

Vincent Trias

Chargé de projets Praps, animateur des « Ateliers santé » Craes Aquitaine.

prise de parole, l'expression des représentations mentales, l'assimilation des connaissances. Mais l'animation et la conduite des interventions restaient très souvent organisées, malgré tout, selon un axe didactique maître-élève. L'intervention préventive, généralement de courte durée (une heure trente ou deux fois une heure trente) proposait un apprentissage individuel au sein d'un espace collectif (groupe classe ou groupe demi-classe) centré sur l'accès à la connaissance, au cours duquel les connaissances fournies par l'animateur venaient rectifier ou préciser les représentations approximatives ou erronées des risques.

Ce schéma d'intervention est inadapté aux publics en situation d'exclusion, de marginalisation ou de précarité sociale. Sa mise en œuvre a de fortes probabilités de redoubler la violence et l'exclusion. Nous avons décidé par conséquent de réorienter notre intervention pour mieux tenir compte des particularités des personnes et de leur rapport à la santé. De ce fait, la notion de groupe se trouve remaniée et ouvre des perspectives d'action nouvelles. En effet, dans certains dispositifs – établissements pénitentiaires, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale

(1) Freud S. *Malaise dans la civilisation*. Paris : Puf, coll. Bibliothèque de psychanalyse : 69.

Recueillir la parole de personnes hébergées en CHRS*

La santé des personnes en situation de précarité fait l'objet de nombreuses réflexions et actions dans le champ sanitaire et social. Les interventions sont souvent construites sur deux postulats : le premier présente la population des « précaires » comme un ensemble homogène et le second fait état d'une non-demande en matière de santé, rendant toute initiative particulièrement délicate. À force de n'être jamais discutés, ces deux principes risquent de réduire le champ des possibles et l'imagination des professionnels, en même temps qu'ils ne permettent pas de prendre en compte l'hétérogénéité des situations.

Des parcours individuels et singuliers

Et si la réalité était plus complexe ? Et s'il était nécessaire de faire le point sur l'existence ou l'absence d'une demande de santé ? Et s'il était urgent de faire preuve d'imagination sémantique pour cesser d'employer le terme de « précaires » qui risque de nous faire oublier les parcours individuels et singuliers ?

Il n'est plus utile aujourd'hui de rappeler que la notion de précarité renvoie à des réalités sociales très différentes, des parcours de vie plus ou moins chaotiques, des modalités d'accueil et d'accompagnement social elles aussi très hétérogènes.

Pourtant, il nous arrive encore souvent de parler de précarité comme si ce terme définissait une population aux contours précis et aux caractéristiques communes, y compris dans son rapport à la santé et ses relations au système de soins.

De qui parlons-nous lorsque nous évoquons les personnes en situation de précarité ? S'agit-il de personnes sans domicile fixe depuis longtemps désocialisées ? S'agit-il de familles devant faire face à un accident de la vie, mais susceptibles de retrouver un équilibre à plus ou moins long terme ? S'agit-il d'hommes, de femmes, jeunes ou âgés ?

L'utilisation d'un terme unique peut nous amener à considérer que l'ensemble des personnes concernées ont un rapport à la santé identique, fait d'une non-demande et d'une relation problématique au système de soins.

Il ne s'agit pas de remettre en cause les difficultés identifiées, rendant parfois impossible l'accès de certains aux soins et à la santé. Mais peut-être faut-il apprendre à introduire des nuances, à interroger nos manières de faire pour qu'au-delà d'un discours globalisant, nous sachions nous adapter aux singularités, aux aspirations individuelles, aux compétences de chacun.

De quoi parlons-nous lorsque nous évoquons une non-demande ? S'agit-il d'une absence réelle de demande ou d'une difficulté à l'exprimer et surtout à la faire entendre ? Les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux sont-ils toujours prêts à consacrer le temps et l'écoute nécessaires à l'expression d'une demande ? Sont-ils prêts et ont-ils les moyens d'entendre et de faire quelque chose d'une parole qui s'exprimerait ?

Un projet innovant

Forts de ces interrogations, le Codes de Meurthe-et-Moselle et la Société française de santé publique ont construit un projet dont l'objectif était, entre autres, de recueillir la parole de

personnes en situation de précarité. Ce travail, financé par la Ddass de Meurthe-et-Moselle, s'inspire de la méthode des grilles de Friedmann mise au point dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé et destinée au recueil d'information sur la santé des jeunes. Il s'articule autour de trois axes :
1. l'identification des problèmes de santé et de leurs répercussions sur la sphère familiale, sociale, économique, psychologique, etc. ;
2. les ressources mobilisées par les personnes rencontrées pour faire face aux problèmes identifiés : ressources licites ou illicites, institutionnelles ou personnelles ;
3. les manques identifiés dans les réponses.

Le public rencontré dans le cadre de ce travail est composé de personnes hébergées dans sept Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) du département de Meurthe-et-Moselle. Chacune de ces structures accueille un public différent : familles, hommes ou femmes seuls, adultes ou jeunes, personnes sans domicile fixe. Les constats et questions qui sont les nôtres à l'issue de ce travail s'appuient sur trente-cinq rencontres avec des groupes composés de trois à dix personnes. Les résultats sont en cours d'analyse, mais la mise en œuvre et le déroulement du projet ont été pour nous riches d'enseignement.

Vaincre les résistances des professionnels

Mettre en place un travail de recherche de ce type nécessite de consacrer plusieurs mois à convaincre les professionnels de la faisabilité d'un tel projet. Les freins évoqués sont nombreux et les arguments avancés cachent sans doute parfois des résistances qu'il peut être intéressant d'analyser.

Premier frein : « ils » ne vont pas venir. Effectivement, si cette préoccupation correspond à une approche de type « quantitatif », l'argument est recevable. Mais si l'on admet que la qualité de la rencontre peut l'emporter sur la taille du groupe, cet argument ne tient plus.

Deuxième frein : « ils » ne sont pas en capacité de s'inscrire dans une démarche à long terme. Et pourtant, la plupart des participants, parfois en situation de grande exclusion, sont venus et... revenus. Peut-être parce que les interlocuteurs ne leur proposaient pas autre chose que de prendre la parole – sans autre engagement que celui d'une démarche ancrée dans le présent, sans obligation d'envisager un avenir en termes d'actes à poser, d'intégration dans des dispositifs... Il s'agissait simplement de donner aux personnes l'occasion de s'exprimer, d'analyser leur situation, de poser un regard sur elles-mêmes mais aussi sur le monde.

Troisième frein : la santé n'est pas leur priorité. Une priorité peut-être pas, mais une préoccupation sans doute. À condition aussi qu'on ne fasse pas de l'accès aux soins le seul thème possible, mais qu'on laisse la porte ouverte à une parole sur la promiscuité, la difficulté à côtoyer « des précarités » différentes, la remise en question des institutions, l'expression de comportements de santé inadéquats ou incohérents.

Quatrième frein : donner la parole sans proposer de cadre thématique, sans objectif d'information, sans contenu défini, apparaît comme une gageure. Laisser le champ libre à l'expression est effectivement moins confortable pour les professionnels, mais plus motivant pour les participants.

Mais peut-être est-il temps de s'interroger sur l'origine de ces freins. Les personnes en situation de précarité sont-elles seules en cause ? N'avons-nous pas, en tant que professionnels, une responsabilité ?

Donner la parole, c'est accepter que quelqu'un s'en saisisse

Ces différents freins traduisent une forme de résistance des professionnels. Il existe parfois une attitude possessive à l'égard du public, qui rend difficile toute ouverture vers l'extérieur. Permettre qu'un travail de cette nature se déroule dans une structure nécessite

d'accepter qu'une part du discours du public échappe aux professionnels qui y travaillent. C'est aussi prendre le risque que les pratiques soient remises en cause. La principale difficulté ne réside pas dans l'acceptation de ce discours, mais dans la suite à lui donner. Si on laisse advenir une parole, qu'est-on prêt à en faire ?

Cette expérience nous a appris, si besoin était, que les personnes hébergées en CHRS pouvaient contribuer à une véritable analyse du système de santé et des politiques d'insertion. Loin d'un discours revendicatif, leur expression était centrée sur une réflexion concernant l'ensemble de la société, mais aussi sur un ressenti parfois intime face à la douleur, à la nécessité d'une consultation ou d'une démarche de soin, à la difficulté de prendre une décision que l'on sait nécessaire (concernant une cure de désintoxication par exemple).

La principale difficulté est ensuite de traduire cette analyse en projets concrets. Comment redonner une place aux expériences individuelles dans des projets collectifs ? Comment passer d'une vision de la santé comme enjeu politique et social à un accompagnement de personnes dont les sentiments, les désirs, les appréhensions sont autant d'expériences singulières ? Comment tenir la promesse d'un changement possible pour les personnes rencontrées ? Mais aussi, comment réintégrer les professionnels des structures concernées au sein d'une démarche dont ils ont pu avoir le sentiment d'être exclus ?

L'analyse en cours des résultats de ce travail nous permettra sans doute de répondre en partie à ces questions. Mais nous devons encore faire preuve d'imagination pour inventer des projets qui tiennent compte de la richesse de ces premières rencontres.

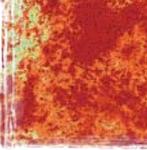
Christine Binsfeld-Houlné

Comité départemental d'éducation pour la santé de Meurthe-et-Moselle

Anne Laurent-Beq

Société française de santé publique

* Centres d'hébergement et de réinsertion sociale.



« Ateliers santé » et « Ateliers lecture » dans une résidence sociale

La Mutualité des Hautes-Pyrénées, propriétaire et gestionnaire d'une résidence sociale et actrice de prévention dans le cadre des missions de son service de promotion de la santé, a été sollicitée pour contribuer au Plan départemental d'accès à la prévention et aux soins (PDAPS) et au Schéma départemental d'insertion par le logement des plus démunis, dont l'objectif est l'autonomisation de la personne par un accès favorisé à la prévention, aux soins, aux droits et au logement.

Un projet spécifique

D'une analyse de la situation, élaborée par l'assistante sociale de la résidence, l'équipe de Protection maternelle et infantile et la personne de la Mutualité chargée de la promotion de la santé, émerge le repérage des difficultés des résidents à lire et à traiter les documents administratifs relatifs à leurs démarches de soins et de recherche de logement notamment. Par ailleurs, des ateliers d'alphabétisation pour adultes proposés par des associations locales existent, mais ne sont pas fréquentés par les résidents. Dès lors, les propositions adressées au PDAPS par le groupe de travail concernant la mise en place d'une action destinée à faciliter et à promouvoir l'accès des résidents aux dispositifs d'alphabétisation existants, l'alphabétisation étant ici considérée comme un des préalables à l'accès à la prévention et aux soins.

Il s'agit pour le groupe :

- de concentrer son action sur les préalables identifiés comme pouvant favoriser l'accès aux dispositifs ;
- de mettre en place des activités où du temps et des moyens seront dégagés pour qu'émergent les questions et les demandes du public, s'énoncent des propositions adaptées de la part des

professionnels, et que soit possible une démarche d'accompagnement.

Le mode d'intervention choisi consiste à mobiliser les parents de la résidence sociale (la seule du département à accueillir des familles) dans les ateliers de lecture et de soutien scolaire proposés à leurs enfants. Les parents y sont invités pour observer, accompagner et prendre part, à leur mesure et selon leurs désirs, aux activités des enfants : lire ou raconter une histoire, assister ou participer au travail scolaire et aux jeux.

Un échange entre les intervenants et les parents

L'assistante sociale et la personne chargée de la prévention participent à ces ateliers et sont prêtes à répondre aux questions des parents.

Si, chez les enfants, une difficulté (audition, dyslexie ou autre) est notée par les intervenants, elle est reprise individuellement avec les parents. Si nécessaire et selon l'implication des parents, les professionnels peuvent proposer une orientation et/ou un accompagnement vers une structure compétente.

D'autre part, si les parents évoquent leurs propres difficultés à lire, ils sont

informés de l'existence d'ateliers d'alphabétisation et de la possibilité d'y être accompagnés s'ils le souhaitent.

Enfin, si des questions émergent concernant la santé (des affiches et brochures d'information santé sont toujours présentes dans la salle), elles font l'objet d'un échange avec les intervenants et il est proposé aux parents de participer aux « Ateliers santé » (maternité, contraception, équilibre alimentaire, hygiène et sécurité) qui sont organisés tous les mois pour les résidents et sont animés par le Codes des Hautes-Pyrénées et le service Prévention de la Mutualité.

Ce dispositif d'action mobilise plusieurs ressources :

- celles offertes par un travail dans le temps et sur une unité de lieu (les questions abordées et les démarches entreprises sont suivies par l'assistante sociale de la résidence) ;
- celles offertes par les liens familiaux (mobiliser les parents autour d'activités destinées aux enfants, promouvoir leurs capacités à investir la scolarité de leurs enfants et à mettre en place une démarche médicosociale) ;
- celles offertes par les dispositifs complémentaires (orientation accompagnée

vers les structures locales compétentes, Mutualité, Codes...).

La suite du programme consistera à se doter d'instruments d'évaluation adaptés. Mais le temps réservé à la prise en compte des préalables (écoute, connaissance réciproque, accompagnement) aura déjà permis aux professionnels d'adapter leur mode d'intervention : recherche d'outils plus pertinents pour l'animation des « Ateliers santé », connaissance plus fine des pos-

sibilités d'orientation des résidents vers les entreprises d'insertion.

Quelques recommandations issues de cette expérience

- Identifier le problème. Poser un diagnostic avec l'aide de tous les partenaires.
- Dresser la liste des actions existantes en la matière.
- Définir une stratégie d'intervention en posant des objectifs clairs et précis, susceptibles d'être partagés par la population destinataire.

- Éviter de se jeter d'emblée dans la réponse, de travailler seul, de poser des objectifs trop ambitieux.
- Pouvoir se remettre en question au fil de l'action et réajuster les objectifs en fonction de la participation de la population.

Myriam Puyo

Responsable de l'activité
Promotion de la santé,
Mutualité des Hautes-Pyrénées.

« Ateliers santé bien-être » : évolution d'un projet

Au départ, une demande du Conseil général des Côtes-d'Armor a été adressée au Comité départemental d'éducation pour la santé concernant la réalisation d' « Ateliers nutrition » sur les chantiers d'insertion. Après réflexion, le Conseil général a préféré mobiliser son équipe directement sur le sujet. Cependant, un travail en direction des populations en situation de précarité intéressait le Codes. Un centre social d'un quartier de Saint-Brieuc, alerté par les difficultés sociales et sanitaires du public, s'est rapproché du Codes. Une expérience devenait possible dans le quartier en question. Le Codes a sollicité la Mutualité française des Côtes-d'Armor pour un pilotage en commun de ce projet.

Un quartier en difficulté

Commençons par présenter quelques caractéristiques du quartier :

- une partie de celui-ci est intégrée dans le cadre du Contrat ville ;
- certaines familles cumulent les précarités sur le plan économique, social et culturel ;
- ce territoire présente un taux important de personnes bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) ;
- les travailleurs sociaux constatent une progression du nombre de familles monoparentales, de personnes isolées, fragilisées sur le plan psychologique et psychiatrique ;
- la situation de précarité peut entraîner une dégradation de l'image de soi, une impression d'inutilité sociale qui conduit à une souffrance psychique. Ces problèmes psychologiques se traduisent, entre autres, par une consommation de psychotropes deux fois et

demie supérieure à ce qu'elle est au centre-ville (source Insee, Contrat ville).

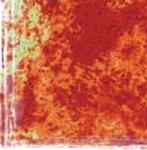
Des professionnels...

Un état des lieux des acteurs présents dans le quartier a été réalisé afin de mettre en place un comité de pilotage. Celui-ci réunissait les partenaires suivants : la Circonscription solidarité départementale, le Centre d'hébergement et de réadaptation sociale « Armor accueil », le Secours catholique, l'Association départementale des tutelles, la Caisse primaire d'assurance maladie, les Ateliers du cœur, le Centre social du Point du jour, les Brigades vertes.

Ce groupe avait en commun la volonté de mettre en place des ateliers visant à promouvoir la santé des personnes en situation de précarité dans leur vie quotidienne.

Il fallait définir ce que représentait la santé pour les membres du groupe. Si chacun avait une image assez précise de ce qu'était la santé, cette image n'était pas la même pour tous ! Nous avons donc pris le temps de nous accorder sur une définition commune de la santé. Nous avons préféré intituler nos ateliers « Ateliers santé bien-être », pour indiquer qu'au-delà d'une vision purement sanitaire, ils relevaient d'une vision plus large du bien-être physique, mental et social.

Toujours au sein du groupe, chacun avait une vision particulière du public. Même si la population concernée est en difficulté, les problématiques liées à la santé évoquées par le public et perçues par les professionnels sont différentes selon la structure d'où l'on parle. Là encore, le groupe s'est trouvé confronté à la difficulté de s'accorder sur les prio-



La plupart des personnes présentes souhaitaient se retrouver pour faire des choses ensemble. Ce qui importait le plus était de « sortir » et de se retrouver, plutôt que l'activité en elle-même !

Chaque participant s'est exprimé sur ses attentes ; l'accent a surtout été mis sur l'accessibilité des activités. Différentes propositions ont été faites : faire du vélo, du théâtre, organiser des pique-niques... Mais rapidement, la majorité des personnes s'est orientée vers trois activités simples pour démarrer les ateliers.

Ont été programmés deux « Ateliers cuisine », deux « Ateliers marche », deux « Ateliers d'échange ludique sur l'hygiène de vie ». Concernant les « Ateliers cuisine », un des participants, cuisinier de formation, s'est porté volontaire pour nous aider.

Quelques recommandations issues de cette expérience

Trois éléments nous paraissent essentiels :

- Élaborer le projet à chaque étape de sa construction avec les personnes concernées. Seize personnes sur soixante-deux ont participé aux ateliers. Cela peut paraître peu et pourtant, nous avons été étonnés de ce résultat. En effet, c'est une chose de dire au cours d'un entretien que l'on souhaite participer à des rencontres et c'en est une autre de se déplacer effectivement pour y venir.
- Travailler en amont, entre professionnels, sur nos représentations.
- Associer et mobiliser les relais « professionnels » sont indispensables pour créer du lien et favoriser l'accès des personnes aux activités, dans un climat de confiance. En effet, l'intérêt de cette opération est de permettre aux personnes qui le souhaitent de rompre leur isolement en tissant des liens.

Ces ateliers n'ont en aucun cas la prétention de remplacer ce qui existe déjà, mais de construire une passerelle avec le milieu associatif.

Isabelle Arhant

Mutualité française
des Côtes-d'Armor

Lydie Gavard

Comité départemental
d'éducation pour la santé
des Côtes-d'Armor.

rités de santé à prendre en compte pour formaliser le projet.

... à la rencontre d'un public

Nous avons donc décidé d'avoir la même démarche avec le public que celle que nous avons eue entre nous ; nous avons donc recueilli l'expression des personnes auxquelles nous destinions le projet.

Cette étape a permis :

- d'évaluer leurs attentes ainsi que les représentations qu'elles avaient de leur propre santé ;
- de cibler la question de santé qui les préoccupait le plus, et de la retenir comme porte d'entrée dans le projet ;
- d'impliquer les personnes dans la construction du projet et de favoriser leur mobilisation par la suite.

Une grille d'entretien destinée au public a été élaborée par le comité de pilotage, prenant en compte les différents éléments dont nous avons besoin : situation des personnes, représentation et perception de leur santé, intérêt de se retrouver autour d'activités communes, sous quelles formes, à quelle fréquence, de quelle manière... Soixante-deux entretiens ont été menés auprès du public dans les structures partenaires.

Les soixante-deux réponses obtenues se répartissent également entre les

hommes et les femmes. La majorité des participants a moins de 45 ans, est sans enfant, célibataire et sans emploi.

Ces personnes perçoivent la santé comme prioritaire, comme le fondement d'un bien-être physique, mental et social.

La santé, c'est pour elles « tenir le coup dans la vie quotidienne » ; le bien-être, c'est la qualité de vie, le lien social.

Les deux tiers des personnes ayant participé aux entretiens ont laissé leurs coordonnées afin d'être recontactées.

Construire le contenu des ateliers avec les personnes concernées

Un des intérêts de ces entretiens était de mobiliser les personnes afin de les associer au projet. Avec l'aide de relais dans le quartier, nous avons réuni celles qui le souhaitaient afin de leur restituer les résultats des entretiens et de construire avec elles le contenu des ateliers.

Seize personnes y ont participé, accompagnées des professionnels des structures. Nous avons réalisé un tour de table, chacun donnant son prénom ainsi que la structure qui l'avait invité.

À l'aide de transparents, nous avons commenté les résultats des entretiens.



Précarité en milieu rural : aller à la rencontre de l'autre

À l'issue d'une action menée en mai 1998 avec des jeunes de Mauléon, canton du Pays basque, les acteurs du Groupe Santé* ont souhaité poursuivre leur réflexion sur la situation des jeunes en difficulté et leur sentiment de mal-être et de précarité. Leur collaboration s'est traduite par l'élaboration d'un projet axé sur le bien-être lié à l'insertion socioprofessionnelle, projet piloté par le Point info jeunes de la Mission locale rurale et le service Promotion de la santé de la Mutualité des Pyrénées-Atlantiques.

En Aquitaine, la santé des jeunes et la prise en compte des difficultés liées à la précarité en milieu rural constituent deux des priorités du Programme régional de santé (PRS) et du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

La région : ses caractéristiques et leurs conséquences

L'analyse du contexte faite dans le cadre de ces deux programmes régionaux et l'étude réalisée par le Groupe Santé en 1998 auprès de quelque trois cents jeunes qui ont fréquenté la Mission locale rurale nous ont permis de mieux cerner la situation des 16-25 ans dits en difficulté.

Les caractéristiques de la région influent sur le mode de vie de ces jeunes :

- **L'isolement géographique** : Mauléon est un canton rural (11 190 habitants pour 261 828 en Pays basque), éloigné des deux pôles du département (Pau et Bayonne), d'où la difficulté d'accès aux structures, à l'information, aux soins et aux actions.

- **L'isolement du jeune dans l'inter-générationnel** : la population est marquée par un vieillissement important.

- **Un contexte économique difficile** : un taux de chômage conséquent chez les moins de 25 ans et un nombre croissant de jeunes fréquentant la mission

locale avec des situations de plus en plus complexes (cumul de problèmes liés à l'emploi, au logement, à l'alimentation...).

Ces spécificités ont plusieurs conséquences :

- **Un état de santé des jeunes préoccupant** : la santé n'est pas une priorité quand on est en quête d'un emploi ou d'un logement et les consultations se font dans l'urgence. Le manque d'argent et, pour certains, la méconnaissance des ressources locales constituent des obstacles à l'accès aux soins. Et pourtant, un tiers des jeunes sont en souffrance psychologique réelle.

- **Un sentiment de mal-être et de précarité** : les situations de dépendance (logement, voiture, argent de poche, loisirs...) sont vécues difficilement. On note aussi parfois une obligation de rupture avec le contexte local dans lequel ils sont nés et ont grandi et une plus grande difficulté à concrétiser et finaliser un parcours d'insertion. En effet, ces jeunes sont obligés de partir pour trouver une formation ou un emploi. Et, bien que ce soit pour s'engager dans un projet adulte d'autonomie et de responsabilisation, il s'avère difficile pour eux de rompre, symboliquement et physiquement, avec cette solidarité familiale et locale. Leur sentiment d'appartenance au territoire est assez fort.

Ces éléments peuvent contribuer à une fragilisation et ouvrir la brèche à des phénomènes de désocialisation (par rapport aux autres, au temps et à l'espace), accroître les difficultés d'accès à l'emploi et générer une souffrance. Or, nous vivons dans une société où l'image que l'on donne de soi compte beaucoup dans le processus d'insertion. Il s'agissait donc ici de faire de la santé globale un facteur d'insertion et de permettre à ces jeunes de mieux se préparer à aller à la rencontre de l'autre.

Une méthodologie adaptée à un projet

Il a semblé alors important :

- Au niveau des jeunes :
 - d'échanger sur le lien entre bien-être, image de soi et insertion ;
 - de développer des capacités à se mettre en valeur et avoir une image positive de soi ;
 - de permettre à chacun de trouver les moyens d'aller à la rencontre de l'autre, dans le souci d'une démarche d'insertion.
- Au niveau des acteurs :
 - de développer une pratique de réseau avec les acteurs locaux (ex : responsables d'entreprises locales, membres du réseau de parrainage) et pas uniquement avec ceux du champ éducatif, sanitaire ou social ;

– d'apporter un service de proximité en créant du lien entre tous les acteurs, permettant ainsi aux jeunes de mieux globaliser leur insertion et de s'inscrire plus facilement dans le tissu local.

Plusieurs séances ont alors été programmées avec les jeunes et les adultes, ayant comme fil rouge : « Être bien dans sa tête et son corps et mettre tous les atouts de son côté pour aller à la rencontre de l'autre. » Les notions ressources étaient ici le bien-être, le plaisir et la convivialité. Le travail réalisé reposait :

- sur des méthodes interactives : exercices de théâtre et de relaxation, jeux de rôle et improvisations – les représentations du bien-être, de l'insertion, l'image de soi et des autres, le « look », la relation avec l'autre ;
- sur des techniques d'apprentissage : le « relookage » de vêtements, la coiffure, l'esthétique ;
- sur des mises en situation : simulation d'entretien d'embauche ;
- sur un temps d'évaluation avec les jeunes et les intervenants.

Les enseignements tirés de cette expérience

Au terme du programme, nous avons pu dégager les enseignements suivants :

• **La mobilisation des jeunes et des acteurs** : deux dimensions sont à intégrer et à respecter. D'une part, l'éloignement et la dispersion géographique qui rendent difficile la participation des jeunes et des adultes ; d'autre part, les priorités liées à la recherche d'un emploi qui interfèrent sur l'assiduité des jeunes.

• **Le milieu rural** se caractérise par une culture et un mode de vie propres, parfois étrangers aux intervenants extérieurs ; il s'agit de faire de ces différences un outil de dialogue ; ce monde rural se distingue également par une solidarité réelle entre adultes et jeunes « du cru » (participation gracieuse des acteurs locaux).

• **Face au sentiment de précarité** : il apparaît préférable d'inviter les personnes à tester leurs propres façons de faire, plutôt que de leur imposer un modèle comportemental unique.

• **Face au risque de désocialisation des jeunes** : la périodicité des interventions nous a semblé un bon moyen de prévenir ce risque ; étaler les séances

sur la durée a permis au jeune de s'inscrire dans le temps.

• **Le contenu des séances** : face à des professionnels qui n'ont jamais participé à des actions Santé (ex : réseau de parrainage), il a fallu cadrer précisément leur intervention et la limiter à leur champ de compétence. De ce fait, ils ont rapidement et facilement trouvé leur place dans l'action. Par ailleurs, le fait d'échanger avec les jeunes sur les séances, leur contenu et les moyens requis a rendu possible l'utilisation de l'outil vidéo qui pouvait initialement générer des blocages. Enfin, le mode d'intervention interactif et pratique, ainsi que le fait que le programme soit ancré dans la réalité des jeunes, ont permis à ces derniers d'en retirer des ressources immédiates : « J'ai relooké mes vieux vêtements, et j'ai appris à m'habiller chic et pas cher ! »

Nous avons abordé ce projet comme une première expérience devant nous servir pour notre futur travail avec les jeunes en difficulté en milieu rural. Les nombreux aspects positifs de cette action nous ont donc conduits à renouveler notre partenariat et à ouvrir le programme à de nouveaux jeunes. Nous sommes d'autant plus convaincus aujourd'hui que la promotion de la santé joue pleinement son rôle en milieu rural.

Cécile Capdupuy

Responsable de l'activité

Promotion de la santé,

Mutualité des Pyrénées-Atlantiques.

* Composition du Groupe Santé de Mauléon : Mission locale rurale, Mutualité 64, Éducation nationale, Mutualité sociale agricole, Caisse primaire d'assurance maladie, Centre médico-psychologique, Direction de la solidarité départementale.

« Accès santé » : un pas vers la santé, un pas vers l'emploi

« Accès santé » est une démarche de promotion de la santé et d'accès aux soins entreprise avec les personnes en parcours d'insertion et leurs encadrants dans les Missions locales, les Permanences d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO) et les Plans locaux d'insertion par l'emploi (PLIE) du département de Loire-Atlantique. Déjà engagée dans une action expérimentale de redynamisation intitulée « Ta santé, c'est ta vitalité » avec des personnes en Contrat emploi solidarité (CES) dans un chantier d'insertion, la Mutualité de Loire-Atlantique a été sollicitée pour proposer une mutuelle aux salariés des entreprises d'insertion.

L'exclusion par l'effet de seuil

Les personnes en parcours d'insertion, dont la situation financière s'améliore peu à peu du fait d'une meilleure insertion économique et professionnelle, se voient privées de l'Aide médicale gratuite (AMG) et aujourd'hui de la Couverture maladie universelle (CMU), sans pour autant avoir les moyens de cotiser à une mutuelle. Il s'agit donc d'une situation paradoxale où, au fur et à mesure que la situation financière s'améliore, l'état sanitaire peut se détériorer du fait d'une plus grande précarité vis-à-vis de l'accès aux soins.

Des conditions économiques nécessaires mais insuffisantes

Permettre l'accès aux soins en rendant la demande solvable est certes nécessaire, mais loin d'être suffisant pour un réel recours aux soins. En d'autres termes, il ne suffit pas de donner aux personnes des moyens économiques pour se soigner, encore faut-il qu'elles connaissent leurs droits, qu'elles aient les moyens de faire des démarches au moment voulu, et la motivation de prendre soin d'elles-mêmes.

La question vitale de l'emploi avant la santé

Les situations de chômage et d'exclusion sociale, souvent vécues comme une maltraitance sociale, ont une incidence sur la santé. Elles peuvent être le révélateur ou la conséquence d'un mauvais état de santé mais, dans tous les cas, la préoccupation prioritaire des personnes en insertion est celle de l'emploi, les questions de santé étant le plus souvent tues ou reléguées au second plan.

À partir de ces trois éclairages, nous avons posé les finalités qui devaient conduire notre travail :

• Considérer la santé comme un élément ressource pour l'accès à l'emploi

L'objectif poursuivi par les personnes dans les structures d'insertion (entreprises d'insertion, associations intermédiaires, missions locales...) est l'emploi. Nous avons fait le choix de partir des préoccupations de santé liées au travail et de nous positionner comme « partenaire santé » auprès d'organismes travaillant dans le champ de l'activité économique. Nous avons alors

passé une convention avec chacun des organismes concernés.

• Refuser l'assistanat et se rapprocher du « droit commun »

Si l'on considère l'insertion comme un processus tourné vers l'emploi, la gratuité des soins nous semblait relever de l'assistance et non de l'aide. Il nous fallait donc opter pour une démarche volontaire et responsable tout en proposant une offre accessible aux personnes et aux situations.

La proposition de mutualisation qui est faite est une garantie « classique », adaptée aux besoins (tiers payant ; pas de délai d'attente). La cotisation correspondant à cette garantie est partagée entre le bénéficiaire (50 %), des financements publics (Conseil général ou État, 25 %) et des financements mutualistes (25 %).

• Donner les clés d'accès à une « culture santé »

Comment aider les personnes à passer d'une attitude de refus des soins (allant jusqu'à l'urgence) à une écoute de leurs besoins et une démarche de prévention ?

L'information est un préalable, mais il nous a semblé opportun de proposer également une démarche d'éducation à la santé et d'accompagnement.

Ces orientations nous ont poussés à travailler en multipartenariat et à mettre en place une stratégie d'intervention à deux niveaux : auprès des encadrants et auprès des bénéficiaires. Deux axes d'intervention ont été retenus :

1. Les actions de protection sociale

• **L'offre de mutualisation** nécessite la formation d'un « correspondant » volontaire dans chaque structure pour établir un relais entre la mutuelle et le bénéficiaire.

• **Des tables rondes sur la protection sociale** sont animées conjointement par un conseiller de la Caisse primaire d'assurance maladie et un conseiller mutualiste auprès des stagiaires des Programmes d'actions préparatoires et d'initiatives locales.

Cette intervention fait partie d'un module santé qui a été négocié avec le Conseil régional. Notre projet est de former les formateurs de ces stages pour qu'ils relaient eux-mêmes cette information.

2. Les actions de promotion de la santé

Avant toute action, une étude de besoins (enquête, entretiens collectifs ou diagnostic) est systématiquement menée tant auprès des bénéficiaires que des encadrants.

Les interventions sont donc construites à la demande et se situent soit dans le champ de l'insertion professionnelle, soit dans celui de l'insertion sociale. L'objectif poursuivi vise l'amélioration des conditions de travail pour les encadrants, tandis qu'il s'agit surtout d'améliorer les conditions de vie dans les actions menées avec les bénéficiaires de l'insertion (cf. schéma ci-contre).

• **Les actions menées avec les encadrants** répondent à leurs attentes et besoins pour mieux appréhender leur double fonction :

- d'employeur, d'encadrant technique ;
- d'accompagnateur dans sa dimension relationnelle et sociale.

• Les actions menées avec les bénéficiaires de l'insertion

Ces actions poursuivent un objectif d'insertion sociale, indissociable de l'objectif d'insertion professionnelle. Nous avons dû faire preuve d'innovation dans nos modes d'intervention en proposant des pratiques créatives qui favorisent la communication et la reprise de confiance.

Exemple : l'action « Être mieux professionnelle », qui a été menée avec huit femmes bénéficiaires du RMI en formation pour devenir employées familiales, a fait appel à la relaxation, la photo, les arts plastiques...

La place des acteurs

Chaque action est conduite avec le concours de professionnels identifiés selon leurs compétences respectives. Un certain nombre de structures – par exemple la Caisse régionale d'assurance maladie (Cram), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Médecine du travail, la Direction du travail et de l'emploi – ont été associées à la réalisation d'une partie des actions. Un processus de mobilisation a ainsi été engagé pour

une synergie d'intervention sur la thématique « Santé et insertion », peu prise en compte jusqu'alors par ces organismes. Un partenariat a été constitué avec le service Santé publique des villes concernées.

La mise en réseau des acteurs de l'insertion, du social et de la santé, ainsi que les interférences entre les actions menées avec les encadrants et les bénéficiaires caractérisent ces programmes.

Des éléments d'évaluation

Une première évaluation du dispositif « Accès santé » avait insisté sur la nécessité d'un dynamisme collectif du système des acteurs en présence. Nous avons alors redéfini le rôle de chacun et mis en place les moyens nécessaires pour que chaque acteur puisse l'assumer (formation de formateur à l'approche santé), mais nous avons également inscrit ce dispositif auprès du réseau des acteurs santé dans le cadre du Plan départemental d'accès aux soins.

Thérèse Leparoux

Responsable du service Innovation sociale et prévention, Mutualité de Loire-Atlantique.

Principales actions conduites	
Bénéficiaires de l'insertion	Encadrants des structures d'insertion
Insertion professionnelle	
<ul style="list-style-type: none"> • « Être mieux... professionnelle » (image de soi... mieux-être) • Formation : premiers soins - premiers secours • Formation gestes et postures 	Prévention des risques professionnels. Information / Formation pour : <ul style="list-style-type: none"> - Connaître la législation - Diagnostiquer les situations à risques - Intervenir en cas d'incidents - Sensibiliser les personnes en insertion
Insertion sociale	
Amélioration des conditions de vie <ul style="list-style-type: none"> • Module « Ta santé, c'est ta vitalité » • Accès aux soins : protection sociale • Bilans de santé • Sensibilisation aux soins bucco-dentaires • Un nouveau rôle : maman • Agenda-santé 	Amélioration des conditions de travail Accompagner / Orienter les personnes en difficulté : <ul style="list-style-type: none"> - Formation à l'alcoolologie - Approche des questions de santé (dimension psychique - psychologique - sociale) - Spécificités d'approche de la population étrangère - Protection sociale : formation des formateurs

Un témoignage singulier

Regards croisés et croisée des regards

Il n'est plus question ici de la parole d'un sociologue, ou de tout autre professionnel, pour parler de la précarité. Il s'agit d'un témoignage construit comme un dialogue imaginaire, issu d'une rencontre, quant à elle, tout ce qu'il y a de plus authentique.

Elle a été invitée à un banquet. La voici dans la salle sobre et belle. Socrate sera-t-il là ? Y a-t-il encore quelque Socrate pour apporter une parole de sage à un banquet ?

Ce banquet-ci est particulier. Il s'agit de parler de quelque chose qui, pour elle, a une résonance étrange.

Au sol, un bloc d'un mètre sur quatre ; elle lit : E T I R A C E R P.

Voyons... ah ! il faut contourner l'objet. Au passage, elle remarque que le bord gauche est tronqué, la coupure grossière se voit ; il manque quelque chose. Maintenant elle lit : P R E C A R I T E.

L'objet est translucide ; on peut voir d'autres mots à l'intérieur : P R I E R E, P R E C A I R E.

Elle découvre d'autres blocs qu'elle n'avait pas vus. Ils sont très minces, transparents. Ils disent : P R E C A I R E, P R E C A R I S E R. Ces mots-là sont tout jeunes, ils n'ont pas d'épaisseur.

Précarité, précarité... Richesse, vie, cela oui, ça existe, mais précarité, c'est la qualité d'une chose, ce n'est pas la chose (précarité d'un emploi, précarité d'une situation). Faudra-t-il discuter d'une chose qui n'en est pas une ? Ne serait-il pas plus juste et plus vrai de parler de la chose : l'inégalité sociale, plutôt que de l'un de ses effets : la précarité ? La précarité, qui se veut chose

à part entière, n'est et ne restera qu'un symptôme. Ainsi s'explique l'aspect bancal du mot ; il n'est qu'un demi-signe, une apparence, un vêtement, une harde, un adjectif qui se prend pour un substantif. Où l'on dit précarité, il faut dire INJUSTICE. Voilà le vrai débat.

Socrate ne viendra pas.

Que vivent celles et ceux qui portent le vêtement de la précarité ? Ils vivent sans savoir de quoi demain sera fait. Ni plus, ni moins. Et ils ont perdu leurs illusions. Ceux qui n'ont pas sombré dans le découragement luttent pour ne pas mourir : ils se réunissent, réfléchissent, étudient, créent. Ils creusent dans les profondeurs pour comprendre ce qui arrive au monde. La précarité n'est peut-être pas où on la croit, les apparences sont trompeuses.

Elle sort, elle a le temps d'aller enquêter. Dehors, « les précaires » manifestent avec les chômeurs et les travailleurs. Elle comprend qu'elle a assisté à la création d'un autre nouveau sens, l'adjectif précaire est devenu un nom, il désigne un être, une personne. La façon d'être est devenue l'être. Les précaires et les futurs précaires se nomment eux-mêmes ce qu'ils ne veulent pas être. Tout s'éclaire. Comme le mot précarité, l'adjectif précaire a glissé. Il est devenu sujet. En lui la précarité a pris valeur d'existence par soi, a gagné son autonomie, un peu de la même manière qu'instabilité, elle est devenue objet, et objet d'étude.

La précarité ressemble maintenant à la pauvreté. Mais on n'étudie pas la pauvreté, on la combat.

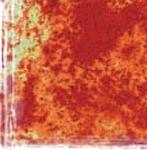
Donc, on peut désormais dire vivre dans la précarité, être consciente de sa précarité. « Mais alors, c'est de moi que l'on va parler », se dit-elle. Pourtant, elle, il y a longtemps qu'elle n'est plus dans la précarité. Elle avait fini par comprendre que sa situation avait pris un caractère définitif. Le provisoire est stabilisé. Pas de changement de prévu. Au début, elle avait cru que les manques seraient comblés dans l'avenir, qu'elle n'était dans une situation précaire que précairement. À la radio, à la télé, les spécialistes disaient tous que l'on sortirait de la crise (ils ne disaient pas quand) et que de nouveaux emplois seraient créés, que l'on partagerait un peu la richesse retrouvée. Mais il fallait sortir la nation de la précarité d'abord, ensuite tout changerait.

Mais... mais... mais... rien n'a changé pour elle. Ce qui a changé, c'est que si le pays a réussi à sortir de l'instabilité, de l'incertitude économique, les précaires, eux, sont toujours condamnés. Il y a un tribut à payer.

De toute façon, ce n'est pas un banquet. C'est un repas de famille, entre amis. Socrate viendra. Mais il sera un peu en retard.

Josiane Lacombe

Écrivain en situation de Revenu minimum d'insertion.



La question des outils

Construire un outil pour les intervenants travaillant avec des publics en situation de précarité

Pour mieux prendre en compte, dans ses programmes d'éducation pour la santé, les personnes en situation de précarité ayant des difficultés d'accès à la santé et à l'information préventive et pour définir une démarche et des outils de communication auprès de ce public, le Comité français d'éducation pour la santé a constitué un groupe de travail composé de spécialistes des questions liées à la précarité et d'acteurs de terrain ayant travaillé avec ce type de population.

Ce groupe comprenait des professionnels issus des organismes suivants : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Direction générale de la santé (DGS), Groupe permanent de lutte contre l'illettrisme (GPLI), ATD Quart Monde, Centres d'examen de santé (CES)-Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Emmaüs, Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS), Secours catholique, Armée du salut et Comités départementaux d'éducation pour la santé du Finistère et de Meurthe-et-Moselle.

Cadre de la démarche

L'objectif du groupe de travail est de produire un outil pédagogique destiné à des intervenants travaillant avec des publics en situation de précarité. Ce projet s'inscrit dans un programme de la Cnamts et du CFES s'articulant autour de deux objectifs principaux :

- produire une collection d'outils thématiques à destination des intervenants travaillant avec des personnes en situation de précarité dans des structures d'hébergement et de réinsertion, dans les centres d'examen de santé et dans des centres d'accueil sanitaires et/ou sociaux ;

- renforcer l'impact et la résonance des programmes nationaux en éducation pour la santé auprès des publics défavorisés, de faible niveau d'étude et/ou de faible niveau de maîtrise de la langue française, mais aussi faire remonter vers les concepteurs de ces programmes les recommandations qu'inspire leur application sur le terrain.

Recommandations concernant les outils

En partant d'un panel d'outils multi-thématiques, les intervenants ont analysé, à l'aide d'une grille d'évaluation, l'utilisation qui en avait été faite et la perception qu'ils en avaient à travers leurs pratiques auprès des publics en situation précaire. Ils ont reconnu qu'aucun des outils analysés n'était directement utilisable par les personnes reçues dans les lieux d'accueil et de réinsertion sociale.

Ils ont abouti aux recommandations suivantes :

- trouver des entrées qui correspondent aux préoccupations des populations en difficulté et éviter la stigmatisation que pourraient induire certains thèmes ;
- adopter des mises en page facilitant les lectures transversales et parcellaires ;

- prétester systématiquement la lisibilité et la compréhension des outils devant être remis directement aux publics ;
- s'assurer de la médiation active des professionnels et bénévoles de la réinsertion ;
- utiliser de façon complémentaire plusieurs modalités et supports de communication.

En ce qui concerne la production et la diffusion d'outils pédagogiques, le groupe de travail a proposé de développer l'action dans un cadre pluriannuel, de manière à programmer les différentes étapes du travail : conception ; diffusion ; accompagnement et promotion de l'outil.

Construire un kit

Le groupe a retenu l'idée de travailler à l'élaboration d'un kit sur la prévention des conduites à risque liées à la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool et autres produits licites ou illicites pouvant conduire à un usage nocif, voire à des dépendances psychiques ou physiques).

Ce kit doit servir de support pédagogique et faciliter le travail :

– au niveau des techniques d'animation, devant tenir compte du plus ou moins d'expérience de l'intervenant en la matière ;

– au niveau de l'éducation pour la santé, qui doit correspondre à une approche globale et positive de la santé en tant que santé physique, psychologique et sociale ;

– au niveau des connaissances sur les pratiques à risque liées à la consommation de produits psychoactifs.

Deux difficultés ont été particulièrement soulignées :

– les différents acteurs sont d'une grande hétérogénéité, qu'il s'agisse des intervenants professionnels, des bénévoles ou du public en situation de précarité ;

– le thème choisi fait l'objet de controverses, tant sur le plan politique que social. Aborder un thème aussi sensible sous la forme d'un kit semble une tâche particulièrement difficile, qu'il s'agisse du fond ou de la forme que doit prendre l'outil.

Les objectifs poursuivis à travers l'élaboration de ce kit sont donc :

– d'aider l'intervenant à choisir un mode d'expression en fonction du public avec lequel il travaille ;

– de fournir au public destinataire des éléments aisément compréhensibles à partir desquels chacun pourra accéder à une prise de conscience et une prise en charge plus responsable de sa propre santé.

Quelques préalables semblent indispensables :

– bien connaître les besoins des professionnels en ce qui concerne la méthodologie, les techniques d'animation de groupe et les contenus ;

– veiller à ce que les outils soient utilisables de façon séquentielle et/ou modulable ;

– éviter les contenus ou les illustrations renvoyant à des notions trop marquées culturellement.

Pour répondre aux exigences du projet et à ses contraintes, il a été décidé de concevoir un kit de prévention à visée pédagogique, qui se composera de quatre supports :

– *Un classeur pédagogique destiné à l'intervenant*

Ce support comprendra : une présentation de l'outil, des informations

concernant l'éducation pour la santé et la précarité, des recommandations générales qui s'appuieront sur le cadre conceptuel et méthodologique.

– *Un outil d'animation collective (exposition réaliste utilisant les techniques du photo-langage)*

Présentant différentes situations destinées à favoriser l'expression des personnes sur les pratiques à risque liées à la consommation de substances psychoactives, ce support doit aider à engager une réflexion et à élaborer des stratégies personnelles ou collectives pour modifier les pratiques de consommation.

– *Un outil personnalisé sous forme de fiches thématiques*

Souples, faciles à manipuler et à décoder, ces fiches à thème pourront être utilisées en fonction des préoccupations et des difficultés de chacun. Ces fiches pourront aussi être utilisées indépendamment du kit.

– *Une affiche*

Destinée aux structures d'accueil, cette affiche rappellera leur implication dans la prévention des conduites à risque liées à la consommation de substances psychoactives.

En conclusion, l'analyse de différents outils produits par le CFES et son réseau, ainsi que l'expérience des intervenants auprès des populations en situation précaire ont permis de mieux comprendre comment celles-ci recevaient et utilisaient les informations et outils pédagogiques en éducation pour la santé.

Le groupe de travail a en particulier mis en relief deux points sur lesquels devait porter la réflexion pour mieux atteindre les publics en difficulté :

– la nécessité d'adapter les messages, sur le fond et la forme, à chaque public, mais aussi de réfléchir aux problèmes des médias et de la diffusion ;

– la nécessité de prendre en compte les différents niveaux de compréhension et d'identification correspondant aux codes socioculturels propres à chaque type de population.

Emilda Velazco

Chargée de mission,
service Appui au développement
de l'éducation pour la santé, CFES.

Pour en savoir plus

- *L'accès aux soins des jeunes non scolarisés, en voie de précarisation*. Cahier de l'observatoire, 1996 ; 17 : 40 p.
- *Le RMI, 10 ans de revenu minimum d'insertion*. Actualités sociales hebdomadaires, n° spécial, 1999 : 70 p.
- *Santé, Précarité, Dépendance*. Les cahiers de profession banlieue, 1999 : 72 p.
- *Santé, précarité, vulnérabilité en Europe*. Paris : Institut de l'humanitaire, 1997 : 174 p.
- *Bihl A., Pfefferkorn R. Déchiffrer les inégalités*. Paris : Syros-La Découverte, 1999 : 576 p.
- *Cres Languedoc-Roussillon, Conseil général de l'Hérault. Repérage d'actions collectives visant à favoriser un mieux-être psychologique des personnes en situation sociale précaire*. Montpellier : Cres, 1998 : 112 p.
- *De Gaulle-Anthonioz G., Conseil économique et social. Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*. Paris : Journal officiel, 27 juillet 1995 : 56 p.
- *Gilles M.O., Legros M. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, Conseil économique et social. Politiques sociales : l'épreuve de la pauvreté*. Paris : Credoc, 1995 : 456 p.
- *Haut Comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, coll. Avis et rapports, 1998 : 368 p.
- *Inspection générale de l'Éducation nationale. Exclusion et pauvreté en milieu scolaire*. Paris : Hachette Éducation - CNDP, 1997 : 112 p.
- *La Rosa E. Santé, précarité et exclusion*. Paris : Puf, coll. Le sociologue, 1998 : 232 p.
- *Maison régionale de promotion de la santé Nord-Pas-de-Calais. Promotion de la santé des populations en difficulté. Bibliographie sélective*. La Madeleine : MRPS, 1998 : 68 p.
- *Mission académique à la formation des personnels de l'Éducation nationale et al. Précarité et action sociale*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, 1996 : 126 p.
- *Problèmes économiques. Pauvreté et exclusion*. 1997 : 32 p.
- *Société régionale de santé publique. Accès aux soins et précarité : les dispositifs et leur évolution en région Rhône-Alpes. 4^e Carrefour régional de santé publique*. Lyon : SRSP, 1994 : 88 p.
- *Thomas H. La production des exclus : politiques sociales et processus de désocialisation socio-politique*. Paris : Puf, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1997 : 224 p.

L'eau dans tous ses états

Eau de baignade, eau de consommation, eau de « réserve » : la qualité de l'eau est bonne sur le territoire. Elle fait l'objet d'une surveillance constante et la réglementation évolue constamment.

Histoires d'eau

Le chapitre des histoires d'eau fournit aux éditorialistes toutes sortes de bonnes feuilles, hélas. Strasbourg, 8 juin 2000. La qualité de l'eau du robinet reste imparfaite dans deux quartiers de la capitale alsacienne. En revanche, l'eau est de nouveau potable dans le centre historique de la ville. Depuis une douzaine de jours, une partie des Strasbourgeois sont contraints de boire de l'eau minérale, tandis que le service d'eau et d'assainissement de la ville tente de neutraliser des traces de germes bactériens détectées après la remise en service d'une canalisation le 25 mai.

Rouen, 7 juin 2000. La qualité des eaux de baignade de toutes les plages du littoral de Haute-Normandie est conforme aux normes européennes. Quatorze plages de ce littoral qui s'étend du Tréport au Havre sont classées dans la catégorie A (eau de bonne qualité) et dix dans la catégorie B (eau de qualité moyenne). La Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) affirme que la qualité des eaux s'est nettement améliorée depuis les premières mesures effectuées au début des années quatre-vingt. La région reste cependant à la merci d'accidents météorologiques comme de violents orages qui peuvent localement dégrader la qualité des eaux.

Si l'on apprend ainsi que l'eau des écoles d'un village de la Haute-Garonne a été polluée par des pesticides (Bessières, au nord-est de Toulouse, au début du mois de mai dernier), que

7 000 Guadeloupéens sont privés d'eau potable (fin avril) ou que 40 % des plages espagnoles impropres à la baignade sont aux Baléares, il s'agit du résultat d'une longue réglementation qui oblige les décideurs et les élus à contrôler, d'une part, la présence ou non de bactéries coliformes, de salmonelles, d'huiles minérales, de substances tensioactives, de métaux lourds et de nitrates, et d'autre part le goût, la saveur, la transparence.

Des plages surveillées

La surveillance de la qualité sanitaire des eaux de baignade est effectuée là où la baignade est autorisée. Le nombre de contrôles augmente avec la fréquentation. Une circulaire définit des critères de surveillance. L'organisation des programmes de mesures est faite au niveau départemental et au début de chaque saison par les Ddass, en coordination avec les municipalités et les laboratoires chargés des mesures. À partir de 1992, les règles nationales de classement des eaux de baignade ont été modifiées de manière à tenir compte d'interprétations communautaires sur l'ancienne directive « baignade » du 8 décembre 1975. On se base sur des paramètres microbiologiques pour distinguer quatre groupes : (A) eaux de bonne qualité, (B) eaux de qualité moyenne, (C) eaux pouvant être momentanément polluées, (D) eaux de mauvaise qualité. En cas de classement en D deux années consécutives, la baignade peut être interdite. Le classement de la plage est indiqué au niveau des points de surveillance (maîtres-nageurs) et disponible dans les Ddass.

Pavillon bleu

Sur les dix dernières années, la qualité sanitaire s'est nettement améliorée. La conformité globale en 1982 n'était que de 68 %. Au cours de l'année 1992, date de la dernière loi sur l'eau – la première datait de 1964 – la notion de responsabilité liée au délit de pollution apparaît. Depuis 1978, les pouvoirs publics publient les résultats des analyses effectuées sur la qualité des eaux de baignade, et depuis 1985 la Fondation pour l'éducation à l'environnement en Europe donne chaque année un Pavillon bleu à chaque commune ou plage justifiant de paramètres de qualité. L'eau de baignade est globalement bonne dans le pays.

Soixante-trois paramètres pour déclarer l'eau potable à la consommation

Les dangers liés à la qualité des eaux sont réels. Ils peuvent aller de l'infection bénigne aux maladies plus graves. C'est pourquoi les eaux destinées à la consommation doivent répondre à des critères de qualité très stricts fixés par le ministère chargé de la Santé. Ces critères sont de quatre types : microbiologique, chimique, organoleptique, physique.

Il existe, selon les directives européennes ou de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 60 paramètres différents (voir « Pour en savoir plus »). C'est à partir de leur vérification que, selon l'article 13 de la loi du 3 janvier 1992, le préfet transmet aux maires toutes les informations concernant la qualité des eaux du territoire concerné et que ces derniers ont l'obligation d'affichage en mairie. C'est aussi grâce à cette information publique que l'on peut aujourd'hui tirer quelques grandes lignes sur l'état de l'eau en France.

Qualité bonne, mais...

Globalement, la qualité est bonne. L'eau du robinet est acceptable pour la consommation. L'eau de réserve, souterraine ou champ captant, connaît une situation très déséquilibrée. On constate également une insuffisance des branchements des particuliers aux réseaux ainsi que des réseaux mal raccordés aux stations d'épuration et des dégradations ou de mauvaises gestions des réseaux existants, tout cela étant la principale cause de non-conformité des eaux distribuées. Selon un bilan réalisé en 1995 sur les réseaux les plus importants concernant les trois quarts de la population française, 55 % de la population ont reçu, au moins une fois dans l'année, une eau qui ne respectait pas une des normes de potabilité. Pour 13 %, le non-respect des normes dépassait trente jours par an. Au premier rang des risques sanitaires, la bactériologie, mais des excès de pesticides ont aussi été détectés pour 12 % de la population. Autre problème constaté : celui du plomb. Selon la nouvelle réglementation, le taux maximal admis passera de 50 microgrammes par litre (un microgramme = un millionième de gramme) à 25 microgrammes par litre d'ici 2013. Les anciennes canalisations en plomb sont responsables de cette pollution. Les nitrates, dont la norme européenne a abaissé le taux à 25 microgrammes par litre, demeure une pollution endémique, notamment en Bretagne où les nappes souterraines sont largement touchées.

Le cycle de l'eau

Eau de baignade, eau du robinet, eau de réserve... la qualité est le fruit d'une surveillance de tous les jours. Savons-nous que seulement 0,3 % des eaux terrestres constituent un réservoir

d'eau douce disponible pour les êtres vivants ? Ces ressources se renouvellent naturellement grâce au cycle de l'eau. L'homme a su créer un autre cycle artificiel, puisant dans la nature pour ses besoins domestiques, agricoles et industriels, avant de la restituer dans l'environnement. L'eau potable à domicile est un acquis récent, même en France, et nécessite de nombreuses installations industrielles. Savons-nous que sur notre territoire, pays richement doté, 12 000 stations d'épuration dépolluent l'eau avant son retour en rivière ? Leur taux de dépollution, actuellement de 45 %, devrait atteindre les 65 % en 2005. Savons-nous enfin qu'en France, les canalisations véhiculent 5 milliards de m³ d'eau potable par an ? Réparties sur l'ensemble du territoire, elles s'étendent sur 600 000 kilomètres, soit l'équivalent de quinze fois la circonférence de la Terre ou d'une fois et demie la distance de la Terre à la Lune.

Denis Dangaix

Journaliste

Sources : AFP, Décision Environnement n° 83, février 2000, ministère de l'Environnement, secrétariat d'Etat à la Santé.

► Pour en savoir plus

L'eau représente en moyenne 60 % du poids de l'adulte et jusqu'à 75 % de celui du nourrisson. Le cerveau contient 80 % d'eau, alors que les os n'en contiennent que 20 %. Les aliments, surtout les fruits, le lait, les légumes, les viandes et les poissons, apportent environ 1 litre d'eau par jour. Pour compenser les 2,5 litres que le corps élimine quotidiennement en moyenne (urine, sueur, respiration), il faut absorber 1,5 litre d'eau supplémentaire. Par son origine et son parcours naturel, l'eau se charge de nombreux éléments : sels minéraux, matières organiques, micro-organismes de l'écosystème. Cela a des conséquences sur la santé : par exemple, le fluor de certaines eaux contribue à la prévention de la carie dentaire ou encore le magnésium présent dans l'eau complète celui que l'on trouve dans les aliments. L'eau ne doit contenir ni parasite, ni virus, ni bactérie pathogène. Les 63 paramètres contrôlés concernent, d'une part, la qualité chimique : les substances autres que les sels minéraux, en particulier les métaux lourds, font l'objet de normes très sévères. Ces substances sont dites indésirables ou toxiques. D'autre part, il y a des critères, appelés paramètres organoleptiques, touchant à la qualité physique et gustative de l'eau : elle doit être limpide, claire, aérée, et ne présenter ni saveur, ni odeur désagréable. Enfin, les critères microbiologiques concernent les bactéries coliformes, salmonelles, etc.

► Docs en vrac

- Brochures
 - *L'eau à la bouche*, CFES, Agences de l'eau, ministère de la Santé et CI eau.
 - *Les recettes du bien boire l'eau*, CI eau.
 - *La qualité de l'eau du robinet*, CI eau.
 - *La baignade en mer et en eau douce*, Drass et Ddass du Languedoc-Roussillon.
 - *À l'eau sans crainte*, Assureurs, Prévention, Santé.
 - *Peut-on apprivoiser l'eau dure ?* Comité des Salines de France.
 - Série de brochures éditées par Inra Éditions, Versailles : *L'eau, l'homme et l'alimentation* ; *Le droit de l'eau* ; *La pollution par les phosphates* ; *La qualité de l'eau* ; *L'eau et l'énergie* ; *Les eaux minérales* ; *Les acteurs de l'eau* ; *Des livres au fil de l'eau* ; *L'eau : passé, présent et futur* ; *Lexique de l'eau*, etc.
- Coffret pédagogique : *Léo et l'eau*, CFES, coll. Les chemins de la santé.
- *Une eau du robinet claire et limpide*. La Santé de l'homme, n° 323, mai-juin 1996 : 12-4.
- *Du plomb dans l'eau du robinet*. La Santé de l'homme, n° 336, septembre 1998 : 21-3.
- *Qualité de l'eau et santé*. Lettre scientifique de l'IFN n° 43, juin 1996, 14 p.
- *Eau et environnement*. Catalogue de réfé-

rences de 50 ouvrages réalisés sur le thème de l'eau par les Éditions Lavoisier, Paris.

- *Les coulisses de l'eau*, une nouvelle exposition permanente à la Cité des sciences et de l'industrie, Porte de La Villette. Tél. : 01.40.05.80.00. Information: www.cite-sciences.fr

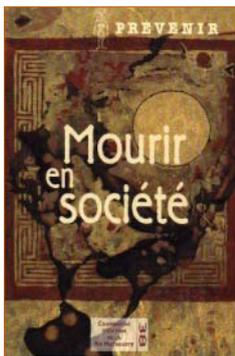
Minitel 36 15, code IDEAL, rubrique Info plage (ouvert depuis 1989).

AFEE (Association française pour l'étude des eaux) : place Sophie-Laffite, Sophia Antipolis, 06565 Valbonne cedex. Tél. : 04.93.74.22.23.

CI eau (Centre d'information sur l'eau) : 38, rue de Courcelles, 75008 Paris. Tél: 01.42.56.20.00. Fax : 01.42.56.01.87. Association créée par les sociétés assurant le service de l'eau. De nombreuses brochures pour les diététiciens, les médecins, le grand public.

L'Observatoire de l'eau : ministère de l'Environnement, direction de l'Eau, 20 avenue de Ségur, 75302 Paris cedex 07. Tél. : 01.42.19.12.78. Fonction d'analyse, d'information et d'expertise.

Site web du ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr donne les relevés des eaux de consommation et des eaux de baignade.



Mourir en société

Revue Prévenir

Longtemps sujet tabou, la mort commence à reprendre sa place dans le cadre de la réflexion éthique que posent aujourd'hui à la société l'accompagnement des mourants, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, l'euthanasie, le don d'organes.

En introduction, sont présentés un état des lieux, avec un point sur l'actualité des données épidémiologiques de la mortalité et sur l'évolution des pratiques et des représentations sociales, ainsi qu'un essai de définition de la mort du point de vue médico-légal et philosophique.

Concernant les personnes en fin de vie, la situation et les pratiques professionnelles en matière de soins palliatifs sont décrites à partir d'exemples concrets. Sont également abordés l'accompagnement de ces personnes en dehors des services de soins palliatifs, avec le rôle des bénévoles et la nécessaire formation des professionnels face aux problèmes de la prise en charge de la souffrance, des personnes suicidantes et de l'acharnement thérapeutique.

Les questions posées à la médecine impliquée par la fin de vie et les soins palliatifs concernent l'intérêt éventuel de l'application du principe de l'exigence de la preuve (*evidence-based medicine*) pour guider sa mise en œuvre, sa légitimité à répondre aux demandes émergentes des patients en matière de soins de vie et d'euthanasie et les aspects éthiques et sécuritaires du développement des prélèvements d'organes.

En dernière partie sont abordées les répercussions de la mort dans les familles, avec les diverses formes d'aide face au deuil, tels les groupes de partage, ainsi que ses aspects sociaux : formalités et rituels traditionnels et nouveaux.

Les articles, rédigés par des spécialistes, des professionnels et des acteurs impliqués, constituent un ensemble intéressant sur les aspects théoriques et concrets d'un problème fondamental.

Prévenir, n° 38, mars 2000, 254 pages, 130 FF.

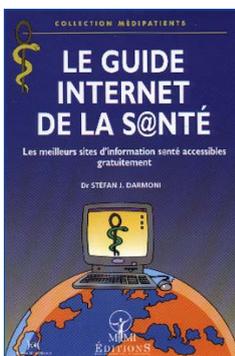
L'hospitalisation des jeunes suicidants : pratiques et enjeux.

Actes des rencontres.
Fondation de France

Les rencontres tenues à Paris en décembre 1999 par la Fondation de France, fortement impliquée en la matière, ont permis aux intervenants français et étrangers (Québec, Suisse, Suède) de confronter leur expérience de la prise en charge, les résultats de leurs travaux de recherche et de présenter les politiques de prise en charge et de prévention. Le problème des tentatives et des idées suicidaires chez les jeunes et de la vulnérabilité que cela révèle, est analysé par des enquêtes épidémiologiques* et psychosociales. L'efficacité des divers modes d'organisation et des modalités de la prise en charge hospitalière (accueil et suivi) est évaluée dans la perspective de la réduction de la mortalité et de la prévention des récidives.

* Les résultats de l'enquête de M. Choquet et V. Granboulan (Inserm-U472), « Jeunes suicidants à l'hôpital », sont accessibles sur le site internet de la Fondation de France : www.fdf.org

Paris : Fondation de France, mai 2000, 48 pages, 70 FF.



Le guide internet de la s@nté.

Les meilleurs sites d'information s@nté accessibles gratuitement

Les sources d'information en matière de santé sont de plus en plus nombreuses, notamment grâce aux sites accessibles sur l'internet, ce qui rend le choix difficile.

L'auteur est responsable des nouvelles technologies à la direction informatique et des réseaux du CHU de Rouen, qui dispose d'un site catalogue que connaissent tous les usagers de l'internet dans le domaine médical.

Il propose, en introduction, un état des lieux en matière de sites sur l'internet et une étude critique des modalités d'accès et de la qualité des informations qu'ils proposent.

Les sites francophones d'accès gratuit répertoriés sont répartis en cinq catégories : sites d'information santé officiels, universitaires, institutionnels accessibles au grand public et aux patients ; sites d'information santé pilotés par des professionnels de santé pour les patients et le grand public, avec des sites généralistes et thématiques ; sites pilotés par le grand public et les patients pour les patients, avec notamment des sites d'associations de malades ; sites d'échange d'information et de soutien entre patients ; fondations santé généralistes ou thématiques.

Pour chaque site, sont généralement précisés, avec l'adresse, le nom de l'éditeur et de l'auteur, les objectifs et le contenu.

En conclusion, une discussion aborde la nécessaire prise en compte par les professionnels de santé des droits des citoyens à l'éducation pour la santé et des droits des patients à l'information médicale et à l'éducation à la maladie. L'internet, grâce à son côté interactif, peut avoir un rôle dans la nouvelle relation qui doit s'instaurer entre médecin et patient. Les perspectives de développements nouveaux de diffusion de l'information grâce à l'internet sont également présentées, ainsi que l'expérience d'éducation pour la santé et d'éducation du patient mise en place par le CHU de Rouen.

Une bibliographie, une présentation du site CISMef (Catalogue et index des sites médicaux francophones) et de sites similaires, un glossaire des termes internet et un index des mots thématiques complètent un ensemble riche d'informations.

Dr Stéfan J. Darmoni

Paris : MMI Éditions (coll. Médipatients), avril 2000, 234 pages, 129 FF.

Santé publique du biopouvoir à la démocratie

Philippe LECORPS
Jean-Bernard PATURET



Santé publique : du biopouvoir à la démocratie

Philippe Lecorps, Jean-Bernard Paturet

Impliqués dans le domaine de la santé publique comme professeurs, l'un de santé publique, l'autre de philosophie, les auteurs proposent dans cet ouvrage une étude critique et une mise en perspective de la situation en ce domaine dans notre pays. Ils questionnent notamment la manière dont les décideurs utilisent les données épidémiologiques, médicales et biologiques et veulent inciter les professionnels et acteurs de la santé et de la santé publique à réfléchir au projet politique dans lequel ils s'inscrivent, qu'ils le veulent ou non.

Face à un « biopouvoir » mettant en œuvre une politique qui se contente de gérer un système et de parer aux risques générés par les activités industrielles, ils prônent une approche qui tiendrait compte des souhaits, souvent irrationnels, des individus en matière de santé et du fait que les citoyens ne sont pas toujours prêts à assumer efforts et responsa-

bilités en vue de leur propre bien-être et de celui d'autrui.

La santé ne doit donc plus être reconnue seulement comme le bon état du corps biologique, mais être considérée comme partie intrinsèque de l'individu et s'inscrire dans une politique concernant la communauté.

L'ouvrage développe cette approche historique et philosophique en quatre parties : la santé publique entre sujet et politique ; la santé publique comme biopolitique, avec le problème du risque d'un eugénisme non avoué par le biais de la médecine prédictive ; la santé publique à l'épreuve du sujet, abordant notamment le rôle de la culture et la conception de l'individu comme sujet de sa santé ; la santé à l'épreuve de la démocratie, traitant de la place et du rôle du citoyen dans l'approche communautaire de la politique de santé.

L'ouvrage apporte, notamment par l'exploitation d'une abondante bibliographie, matière à compréhension et à réflexion pour tous les professionnels concernés par la santé de la population et par la politique mise en œuvre pour l'assurer.

Rennes : Éditions ENSP, décembre 1999, 186 pages, 130 FF.

Santé publique

sommaire

n°2 - Juin 2000

Éditorial

J.-P. Deschamps

Études

Chacun pense être moins exposé que les autres aux risques mais plus réceptifs aux messages de prévention pour la santé
T. Meyer, P. Delhomme

La surveillance des maladies infectieuses basée sur les laboratoires d'analyses biologiques et médicales : revue de la littérature
I. Plouin-Gaudon, P. Vanhems, R. Allard, F. Sahajian, J. Fabry

Repères pour l'évaluation des réseaux de soin
P. Lombrail, Y. Bourgueil, A. Develay, J.G. Mino, M. Naiditch

Pratiques

Difficultés de mise en place et enjeux institutionnels de la formation continue des médecins libéraux
J. Pascal, F. Riou, J. Chaperon

Les représentations de la coordination comme un outil d'évaluation d'un programme expérimental gérontologique
N. Blanchard

Utilisation d'un autoquestionnaire de qualité de vie en service de médecine préventive universitaire
N. Tran Quy, L. Gerbaud, A. Perreve, J. Alfonso-Debourse, S. Biolay, M. Kelner, P.Y. Glanddier

Lettre du terrain

Une expérience innovante d'enseignement de la santé publique à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar
I. Diallo, C. Fall, A. Tal Dia, I. Wone, R. Ndoye

Politiques

Savoir, connaissance et communication en santé publique : réflexions à propos de l'affaire du sang contaminé (2^e partie)
F. Grémy

Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé : sa diffusion et son utilisation en milieux hospitaliers africains
N.K.Z. Bukonda

Lectures