

2007

LES DOSSIERS DE LA MRIE

Santé et insertion

*Prendre en compte les réalités de santé
dans les parcours d'insertion :
enjeux et initiatives*



- OBSERVATION ET VEILLE
- ÉTUDE ET ANIMATION DE LA RÉFLEXION
- SENSIBILISATION DES DÉCIDEURS
- COMMUNICATION AUPRÈS DES ACTEURS

Des Missions en synergie

- > "Informer, ce n'est pas seulement apporter des éléments d'information, mais c'est doter celle-ci de repères, d'une structure et d'un sens." (charte de la MRIE)

Observer, comprendre

- La MRIE construit une connaissance des situations d'exclusion ancrée dans le vécu des personnes confrontées à la précarité. À partir d'études, de données statistiques et d'analyses collectées et mises en débat avec ses partenaires, elle développe une approche transversale qui lui permet, notamment à travers son Dossier Annuel, d'identifier des phénomènes émergents et d'analyser l'impact des politiques publiques sur les populations.

Mobiliser, analyser

- La MRIE anime une réflexion sur des sujets spécifiques, à partir de groupes de travail composés de tous les types d'acteurs engagés dans la lutte contre l'exclusion : personnes confrontées à la précarité, professionnels de terrain, partenaires sociaux et institutionnels, chercheurs. Les travaux issus du croisement de ces différents savoirs font l'objet de colloques et sont publiés dans des rapports thématiques.

Un espace de réflexion partagée

Qu'il s'agisse de rencontres sur le terrain, de manifestations régionales ou de groupes de travail thématiques, les quatre fonctions de la MRIE convergent toutes vers un concept fédérateur, celui d'espace de réflexion partagée. Toutes les données recueillies sont utiles aux acteurs et aux décideurs pour connaître, comprendre et agir.

Communiquer, interpeller

- La MRIE procède à une large diffusion, y compris dans l'opinion publique, des enseignements et des recommandations issus de ses travaux. Tout en restituant la diversité des points de vue, elle cherche à faire évoluer le regard porté par la société sur les réalités de l'exclusion et sur les personnes qui les vivent.

Sensibiliser, accompagner

- La MRIE sensibilise les décideurs aux enjeux de la lutte contre l'exclusion en mettant en débat les préconisations issues de ses travaux. Elle contribue à dégager des repères pour l'action, en appui aux initiatives locales. Elle intervient ponctuellement pour accompagner des dynamiques territoriales de réflexion, d'évaluation et de formation.

OUTILS DE DIFFUSION

La **Lettre de la MRIE** informe chaque trimestre de l'actualité de la MRIE et de ses travaux en cours. Elle fait également la synthèse d'un rapport publié récemment.

Le site Internet www.mrie.org présente la MRIE et ses travaux. Il vise à assurer le lien entre les différents acteurs de la lutte contre l'exclusion et le réseau de la MRIE.

LA MRIE, SOURCE D'INFORMATIONS RÉGULIÈRES ET ACTUALISÉES

La Mission produit et diffuse chaque année des ouvrages

Un **Dossier Annuel** présenté autour du 17 octobre, à l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère dont la première partie dresse un état des lieux de l'exclusion et la deuxième traite un thème particulier (santé, emploi, logement, jeunes, etc.).

Des **rapports thématiques** qui, à partir de groupes de travail organisés sur deux ans environ, approfondissent un thème spécifique : "Promouvoir des activités d'utilité sociale", "Accès aux droits, quelles améliorations ?", "Prévenir l'exclusion dès l'enfance" etc.

Des **plaquettes de sensibilisation** en direction des décideurs (politiques, administratifs, économiques) autour des enjeux de la lutte contre l'exclusion : "Agir avec, un enjeu démocratique de la lutte contre l'exclusion", "Besoin en personnel... recruter autrement dans les entreprises", etc.

mrie
Mission Régionale
d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes

Santé et insertion

Prendre en compte les réalités de santé dans les parcours d'insertion : enjeux et initiatives

Dossier conduit par

Vincent PLAZY

Directeur-adjoint de la MRIE

et Flora PARIS

Chargée de mission de la MRIE

Octobre 2007

Sommaire

Introduction 4

Partie I **La prise en compte des problématiques de santé des populations confrontées à la pauvreté et à la précarité** 7

- La prise en charge sanitaire des populations défavorisées : croiser les représentations entre soignants et soignés 7
Jean Faya, Médecin et Anthropologue, Président de l'association Epi-Ethno-Santé
- Lutter contre les malentendus dans le rapport à la santé et aux soins des professionnels et des personnes en insertion 12
Christine Durif-Bruckert, Chercheur à l'Université Lyon II et Sophie Pamiès, Médecin et Conseillère technique santé au Conseil Général du Rhône
- L'habiter et la santé – la prise en charge de la santé mentale par les acteurs de l'habitat 16
Benoît Eyraud, Sociologue-chercheur au CEMS/CERPE Lyon, Rhône
- Santé, précarité, Conseils Généraux... que se passe-t-il en France en 2007 ? 21
Françoise Normandin, Médecin, et Marie-Thérèse Salmi, Cadre de santé au Conseil Général de Gironde

Partie II **L'organisation de l'accès aux soins et l'accompagnement santé des personnes en insertion** 25

- Les démarches d'accompagnement « santé-social » 25
Annie Liber, Médecin Point Ressources Santé à Grenoble, Isère
- L'animation, sur un territoire urbain, d'une dynamique de réflexion et d'action associant des professionnels de la santé et du social 28
Bruno de Goer, Médecin à la PASS du Centre hospitalier de Chambéry, Savoie
- Une dynamique territoriale de réflexion partagée et d'action partenariale dans une zone rurale autour du PRAPS 31
Béatrice Boilot, Coordinatrice du PRAPS du Centre hospitalier de Montbrison, Loire
- Relation d'aide dans le champ social et orientation vers le soin : quels enjeux dans cette articulation ? 37
Audrey Gonin, Doctorante, Chargée de cours et psychologue, Université Lyon II, Rhône
- Temps de l'urgence, temps du projet : la rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situation de précarité 41
Nicolas Fieulaine, Docteur et chercheur en Psychologie sociale, Université Lyon II, Rhône
- Accompagner à l'accès aux soins et à la santé : points de repères 46
Mathilde Moradell, Chargée de projet, CRAES-CRIPS, Rhône
- Accompagner à l'accès aux soins et à la santé : points de repères (bis) 49
Sylvain Jerabek, Directeur, ADES du Rhône

Partie III	
Des initiatives menées en Rhône-Alpes	53
<hr/>	
Le café aux idées : une action « santé sociale » expérimentale et évolutive Annick Pachy, Coordinatrice, et Pierre-Yves Aubert, Référent RMI au Conseil Général de Savoie	53
Un « accueil santé » pour favoriser l'accès aux soins de publics majoritairement sans domicile ou en hébergement provisoire Christophe Balanche et Brigitte Chalvet, Travailleurs sociaux à l'Association Solen à Aubenas, Ardèche	56
La prise en compte des problèmes nutritionnels des enfants de familles en situation de précarité Thérèse Nandagobalou et Aline Piedecocq, Animatrices bénévoles, Médecins du Monde Lyon, Rhône	58
Le programme « PEC » : Prévention – Expression – Création Julien Chambon, Chargé de projet à Aides Alcool à Lyon, Rhône	61
Conclusion : des éclairages complémentaires	65
<hr/>	
Eléments de synthèse du séminaire « Santé et Insertion » des 22 et 23 janvier 2007 Françoise Normandin, Médecin, et Marie-Thérèse Salmi, Cadre de santé au Conseil Général de Gironde	65
Quels horizons pour l'accompagnement des personnes confrontées à la précarité psychique ? Jean Furtos, Psychiatre et Directeur scientifique de l'ORSPERE-ONSMP	70
Prendre en compte la santé dans les enjeux de la lutte contre les exclusions Vincent Plazy, Directeur adjoint, et Flora Paris, Chargée de mission à la MRIE	82
Annexes	91
<hr/>	
Lieux de consultations de nos documents	91
Charte de la MRIE	93
La MRIE en quelques mots	94

Introduction

Dans le cadre de sa collaboration avec les huit Conseils Généraux, la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes (MRIE) a organisé les 22 et 23 janvier 2007, deux journées de séminaire sur le thème « santé et insertion », pour des responsables de services départementaux et des partenaires proches.

L'objectif de ce séminaire a été de partager des analyses et des expériences menées en Rhône-Alpes, de confronter des questionnements liés au pilotage des projets en direction des populations « en grande difficulté » et de dégager des axes de travail pour approfondir la réflexion amorcée durant les deux jours.

Les deux journées de séminaire se sont organisées autour de trois questionnements :

- Comment sont reconnues et prises en compte les problématiques de santé des populations confrontées à la pauvreté et la précarité ?
- Comment organiser l'accès aux soins au plus près des attentes exprimées par les personnes en recherchant la mobilisation d'acteurs du sanitaire et du social aux côtés des « aidés » ?
- Quelles avancées possibles pour les porteurs de projets et les animateurs de dispositifs de santé et d'action sociale ?

La MRIE a proposé d'aborder ces questions à travers deux entrées principales : « **la co-responsabilité aidant-aidé dans l'accès aux soins** » et « **faire de chacun un acteur de sa santé** ». En effet, de précédents travaux ont montré que les personnes, fragilisées par leurs conditions de vie, ne peuvent prendre soin d'elles-mêmes que si d'autres s'impliquent avec elles. D'où la nécessité d'inscrire la relation d'aide dans une co-responsabilité aidant-aidé.

De plus, comme pour les autres domaines des droits fondamentaux, le droit à la santé comporte des enjeux de reconnaissance sociale, d'effectivité des droits et de citoyenneté. Différentes initiatives en Rhône-Alpes donnent des repères pour progresser en ce sens.

Ce séminaire s'est déroulé en trois temps :

Le premier temps a été organisé autour de la question de la **prise en compte des problématiques de santé des populations confrontées à la pauvreté et à la précarité**. Pour travailler cette question, des partenaires divers (médecins, universitaires, cadres institutionnels) ont été sollicités pour présenter leurs travaux de recherche :

- **Jean FAYA**, Médecin et Anthropologue, Président de l'association Epi-Ethno-Santé : « *La prise en charge sanitaire des populations défavorisées : croiser les représentations entre soignants et soignés* »
- **Christine DURIF-BRUCKERT**, Chercheur à l'Université Lyon II et **Sophie PAMIES**, Médecin-Conseillère technique Santé au Conseil Général du Rhône, partenaires d'une recherche-action participative à Givors dans le Rhône : « *Lutter contre les malentendus dans le rapport à la santé et aux soins des professionnels et des personnes en insertion* »

- **Benoît EYRAUD**, Sociologue-Chercheur au CEMS/CERPE à Lyon : « *L'habiter et la santé – la prise en charge de la santé mentale par les acteurs de l'habitat* »
- **Françoise NORMANDIN**, Médecin et **Marie-Thérèse SALMI**, Cadre de santé au Conseil Général de Gironde : « *Santé, précarité, Conseils Généraux ... que se passe-t-il en France en 2007 ?* »

Le deuxième temps de ce séminaire a porté sur **l'organisation de l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes confrontées à des situations de pauvreté ou de précarité**. A travers un premier temps de table ronde, des professionnels ont pu exposer des réflexions ou démarches spécifiques mises en place sur leur territoire. Des chercheurs ont complété ces exposés par la présentation de leurs travaux de recherche.

- **Annie LIBER**, Médecin au Point Ressources Santé à Grenoble en Isère : « *Les démarches d'accompagnement « santé-social* » »
- **Bruno de GOER**, Médecin au PASS du Centre hospitalier de Chambéry en Savoie : « *L'animation, sur un territoire urbain, d'une dynamique de réflexion et d'action associant des professionnels de la santé et du social* »
- **Béatrice BOILOT**, Coordinatrice au PRAPS du Centre Hospitalier de Montbrison dans la Loire : « *Une dynamique territoriale de réflexion partagée et d'action partenariale dans une zone rurale autour du PRAPS* »
- **Audrey GONIN**, Doctorante, Chargée de cours et Psychologue à l'Université Lyon II et au Centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or dans le Rhône : « *Relation d'aide dans le champ social et orientation vers le soin : quels enjeux dans cette articulation ?* »
- **Nicolas FIEULAINE**, Docteur et Chercheur en Psychologie sociale à l'Université de Lyon II : « *Temps de l'urgence, temps du projet : la rencontre des temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situation de précarité* »
- **Mathilde MORADELL**, Chargée de projet au CRAES¹ : « *Accompagner à l'accès aux soins et à la santé : points de repères* »
- **Sylvain JERABEK**, Directeur de l'ADES du Rhône : « *Accompagner à l'accès aux soins et à la santé : points de repères (bis)* »

Ensuite, des porteurs de projets ont présenté des actions innovantes qu'ils ont concrétisées sur leur territoire, dans le cadre d'une prise en compte des problématiques de santé pour les personnes en situations de pauvreté et précarité.

- **Annick PACHY**, Coordinatrice, et **Pierre-Yves AUBERT**, Référent RMI au Conseil Général de Savoie : « *Le café aux idées : une action « santé sociale » expérimentale et évolutive* »
- **Christophe BALANCHE** et **Brigitte CHALVET**, Travailleurs sociaux à l'association Solen à Aubenas en Ardèche : « *Un « Accueil santé » pour favoriser l'accès aux soins de publics majoritairement sans domicile ou en hébergement provisoire* »
- **Thérèse NANDAGOBALOU** et **Aline PIEDECOCQ**, Animatrices bénévoles à Médecins du Monde à Lyon dans le Rhône : « *La prise en compte des problèmes nutritionnels des enfants de familles en situation de précarité* »

¹ Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé

- **Julien CHAMBON**, Chargé de projet à Aides Alcool à Lyon dans le Rhône : « *Le programme « PEC » : Prévention – Expression – Création* »

Au cours du dernier temps du séminaire, une synthèse a été proposée par un médecin et un cadre du Conseil Général de la Gironde, suivie d'une intervention d'ouverture de Jean Furtos de l'ORSPERE (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion) qui, en tant que psychiatre, a donné des éléments de repères sur la précarité psychique :

- **Françoise NORMANDIN**, Médecin, et **Marie-Thérèse SALMI**, Cadre de santé, au Conseil Général de Gironde : « *Eléments de synthèses du séminaire « santé et insertion » des 22 et 23 janvier 2007* »
- **Jean FURTOS**, Psychiatre et Directeur scientifique à l'ORSPERE-ONSMIP dans Rhône : « *Quels horizons pour l'accompagnement des personnes confrontées à la précarité psychique ?* »

Les articles suivants restituent les interventions de ces deux journées. Toutefois, ce séminaire n'a pu qu'amorcer une réflexion entre Conseils Généraux sur les enjeux à « investir » le champ large de la santé dans les politiques Départementales.

Les responsables de service ont peu de lieux pour traiter les questions qu'ils se posent sur le thème de la santé en lien avec l'insertion. Ce thème les situe à la limite de leurs compétences et les oblige à construire des partenariats et des formes d'intervention variés. Les initiatives présentées ont pointé différentes pratiques et modes d'intervention mises en place auprès des usagers :

- mobiliser les équipes de professionnels sur les problématiques de santé même si la commande institutionnelle n'est pas précise,
- financer des structures qui interviennent dans ce champ en combinant différentes sources de financement,
- favoriser la participation et même la prise en charge d'actions de santé par les usagers, etc.

Il conviendrait notamment de mieux préparer les professionnels de la polyvalence de secteur à intervenir sur ces questions aux côtés d'autres acteurs.

Les diverses provenances des participants et le programme dense des deux jours n'ont pas permis une réflexion suffisante sur les modalités d'action des politiques Départementales. C'est pourquoi, il paraît nécessaire qu'une suite soit donnée à ce séminaire.

Des journées départementales organisées par les Conseils Généraux peuvent permettre de travailler plus particulièrement une thématique. C'est ce que le Conseil Général du Rhône a proposé, avec la mise en place d'une journée de réflexion destinée aux acteurs de l'insertion et intitulée « *prendre en compte les problématiques de santé dans les parcours d'insertion des bénéficiaires du RMI* »².

² Journée mise en place par le Département du Rhône jeudi 27 septembre 2007.

Partie I

**La prise en compte des problématiques de santé
des populations confrontées
à la pauvreté et à la précarité**



Travaux de recherche

La prise en charge sanitaire des populations défavorisées : croiser les représentations entre soignants et soignés

Docteur Jean FAYA,
Médecin et Anthropologue, Président d'Epi-Ethno-Santé¹

La relation soignant-soigné en situation de précarité nécessite d'appréhender les différences de représentations et de pratiques. Elle invite à l'apprentissage. Cela conduit à renverser la logique de l'exclusion : chacun, ayant donné crédit à l'autre, devient partenaire à la fois de réflexion et d'action. Il est alors nécessaire de s'interroger sur la reconnaissance des savoirs de chacun sur sa santé (les savoirs populaires et les savoirs médicaux). Il est alors possible d'identifier les facteurs de résistance qui apparaissent lors de la mise en œuvre des programmes de santé, tant du côté de la population que du côté des intervenants.

I. Invitation à revisiter la thématique de ce séminaire avec un regard décalé, et une vision peut être plus globale

1. Chacun est acteur de sa santé

La plupart des individus souhaitent avoir une bonne santé et agissent dans ce sens, par leurs propres pratiques et selon leurs propres représentations de ce qu'est la santé. Chacun est donc spontanément acteur de sa santé. Alors, c'est le « faire » qui pose question, et qui nous amène sur le lieu du politique. Il pose la question du « bon comportement », ou du « comportement normal » que les individus doivent adopter pour être en bonne santé.

Quelles valeurs et quelles normes pour une meilleure santé ?

« Faire de chacun un acteur de sa santé » peut être aussi un projet de normalisation, l'objectif visé étant le changement des comportements : pousser l'acteur spontané à agir autrement. C'est là que se pose la question de la norme.

De façon plus large en politique, la norme est censée être sous tendue par des valeurs. S'interroger sur le comportement normal conduit à s'interroger sur les valeurs qui le soutiennent. Une « valeur en santé » relève autant d'une croyance persistante que d'un mode de vie. On peut considérer qu'une conduite ou un but de l'existence est « sanitaire » préférable à un autre, ce qui conduit à parler de solidarité notamment pour les plus démunis, d'égalité (la santé pour tous), de la liberté etc.

¹ L'association Epi-Ethno-Santé a un site Internet : www.epi-ethno-sante.org

Quand les normes deviennent des lois ...

La mise en œuvre de ses valeurs devrait être à l'origine des normes. Les normes sont censées être des instruments d'optimisation du bien être social et dictent au groupe les bonnes conduites à tenir. Mais **les normes restent des dispositifs idéologiques** de légitimation de l'action de notre politique de santé. Les normes sont mises en œuvre au moyen de règles, par la législation sur l'accès aux soins : la règle est la norme légitime.

D'autres déterminants aux lois

Ce trajet : valeur – norme – loi est le trajet idéal. D'autres déterminants que les valeurs interviennent pour établir la norme : le fait scientifique (exemple : ne pas fumer, avoir une glycémie à moins de 1g26), le fait politique (les évolutions de l'accès à l'Aide Médicale Etat en fonction des politiques de migration), le fait économique ou le fait de solidarité, d'égalité. « *Faire de chacun un acteur de santé* » comporte le risque d'imposer notre idéologie, et cela pose la question de notre légitimité.

2. « Co-responsabilité soignant-soigné dans l'accès aux soins »

Ce concept interroge aussi, et nous pourrions mettre sur le même pied de responsabilité les soignants et les soignés ou le politique et le citoyen, débat d'actualité. Cependant cela est-il pertinent, à part pour partager la responsabilité des échecs ? Est-ce que cela correspond à la « vraie vie » ? On peut proposer des pistes de réflexion en réponse à ces questionnements :

- **Rappeler que seuls les soignants sont soumis à un code de déontologie.** Le soignant est responsable devant la loi de l'accès aux soins du soigné. Il est responsable de la santé de l'autre et ne peut se limiter à travailler sur demande, au risque de finir par supposer qu'« *on n'a pas à s'occuper de l'autre* », notamment quand l'autre fait peur parce qu'il est différent.
- **S'interroger sur la notion même de responsabilité, très vaste et très floue.** Le responsable est la « *personne qui a la capacité de prendre des décisions* ». Comme nous disions plus haut que les gens sont tous acteurs de leur santé, au vu de la première définition, les gens sont tous responsables, mais ils le sont au regard de leur propre logique. Il nous faut ici percevoir que chacun a sa propre rationalité, sa propre logique face à la prévention. Comme le dit Sylvie Fainzang, « *le malade a ses raisons que les professionnels de santé ignorent* » (S. Fainzang, 2001). Une mère de famille opposée au vaccin de la rougeole me disait : « *pourquoi faire vacciner mon enfant alors que le risque zéro n'existe pas face au vaccin et qu'on ne voit plus de rougeole !* ». Ce type de raisonnement n'est pas celui d'un fou et sa cohérence est compréhensible. La mère prend ses responsabilités en fonction de sa perception de la maladie et de comment s'en prévenir. Ici, la responsabilité de la mère ne va pas dans le même sens que la responsabilité du soignant. Comment alors envisager une coresponsabilité ?

Le responsable est aussi la « *personne qui doit répondre, être garant de ses propres actions ou de celle des personnes dont il a la charge* ». On peut alors se demander : répondre devant qui ? Garantir de quoi, et face à qui ? Cela nous ramène, à nouveau, à la question de normalisation.

II. La relation entre le soignant et le soigné en situation de pauvreté-précarité : appréhender l'altérité

Ce qui caractérise, entre autre, la relation soignant-soigné en situation de précarité, c'est que la distance entre l'origine socioculturelle du soignant et l'origine socioculturelle du soigné est en générale plus importante que dans le contexte de soins classiques. Plus qu'ailleurs, le soignant est confronté à l'altérité. La prise en charge des populations précaires invite à appréhender ces différences de représentations et de pratiques. Elle invite à l'apprentissage.

Il ne faut pas perdre de vue que, si le comportement de l'individu s'explique par ses représentations, il n'en est pas moins au cœur d'un système complexe d'influence. Son itinéraire est aussi conditionné par l'accessibilité des services, l'attitude des professionnels de santé, la disponibilité des ressources, etc. Son état de santé est déterminé par des facteurs qui le dépassent largement : politiques de santé, structures sociales inégalitaires, chômage, pollution etc.

Contribuer à renverser la logique d'exclusion

« *Celui qui ne sera pas introduit dans l'intelligence des hommes ne sera pas non plus introduit dans leurs cités* ». De l'affirmation de Joseph Wresinski, on peut tirer trois propositions corollaires pour cet apprentissage :

- Vouloir renverser la logique de l'exclusion amène à **privilegier et valoriser l'expérience et la pensée chez ceux qui luttent pour s'insérer ou se réinsérer**. Cela ne peut s'effectuer que par l'instauration de relations de confiance réciproque avec des membres reconnus pour la place qu'ils occupent dans la société civile.
- Pour qu'une telle relation puisse s'établir et qu'elle conduise à valoriser le savoir de ceux qui, habituellement, ne peuvent le faire reconnaître, il faut qu'un échange s'établisse. Ainsi le soignant apprend-il à son interlocuteur les méthodologies et les savoirs qui lui permettront de penser sa propre expérience. Mais, pour qu'il le puisse, il faut d'abord qu'il **se laisse enseigner** pour, en quelque sorte, habiter ou du moins comprendre, ce que la phénoménologie nomme le « monde vécu » de l'autre et en enrichir son propre savoir.
- Dans cet échange, une double transformation s'opère : d'une part celle des savoirs de chacun confrontés aux savoirs que l'autre a pu construire dans l'échange. Il s'agit d'une opération de déconstruction reconstruction. D'autre part, une transformation de la relation entre les acteurs : **chacun, ayant donné crédit à l'autre, devient partenaire à la fois de réflexion et d'action.**

Une double attitude pervertit cette relation : d'une part, le refus d'admettre que les très pauvres peuvent avoir une pensée, un point de vue spécifique et inédit non seulement sur leur situation mais sur la société ; d'autre part, la suffisance du soignant qui considère que le savoir est un objet que l'on acquiert et que l'on transmet sans que l'acquisition n'engage l'ensemble des relations et n'affecte à la fois celui qui donne et celui qui reçoit (P. Brun dans Mesnier et Missotte 2003).

III. Comment sont reconnus les savoirs de chacun sur la santé ?

Les savoirs populaires

« *Les populations visées ne sont pas des « cruches vides » que l'on doit remplir de connaissance scientifique. Elles ont déjà un savoir spécialisé en matière de santé. Elles sont déjà remplies d'un savoir populaire considéré comme seul valable* » (R. Masse, 1995). Elles sont acteurs et responsables et ont leurs **modèles explicatifs** qui créent de l'ordre et du sens dans les symptômes. La prise en compte de ces modèles va guider la recherche d'aide (R. Masse, 1995) et les conduites pour se prévenir de la maladie et du malheur.

Les savoirs médicaux (à partir du livre de D. Fassin, « Pouvoir maladie en Afrique »)

En regard, les soignants aussi ont de la même manière, leurs modèles explicatifs de la maladie, ensemble de croyances relatives aux causes, et aux traitements des maladies. Et le fait d'être médecin ne garantit nullement la scientificité du discours.

Donc, en situation de précarité, pour aller vers l'autre si différent avec ses représentations et ses pratiques, qui paraissent parfois folkloriques, il faut remettre en question son propre savoir, lui-même imprégné de croyances. La représentation de la médecine par Claude Bernard s'inscrit avec une telle force dans le positivisme médical que l'on oublie souvent que **la médecine qui se fait, qui est faite, n'est pas une science, mais une pratique.**

Mais il faut aussi reconnaître et savoir situer la scientificité ou la modernité de la pratique biomédicale. Il n'est guère pertinent de la juger seulement d'après le mode de formation des soignants ou le type de thérapeutique utilisé. Didier Fassin se demande si le fondement de la rationalité de la médecine positiviste n'est pas ce que : Claude Bernard appelle « la **méthode expérimentale** » et M. Foucault appelle « la **science clinique** », autrement dit la démarche intellectuelle qui permet le diagnostic au lit du malade et la découverte au laboratoire.

Il faut trouver la juste position entre connaissance scientifique et raisonnements ordinaires. Selon A.V. Cicourel (1985), « *la médecine clinique nous montre une interaction assez exceptionnelle entre d'une part, une connaissance scientifique fondamentale et appliquée, et d'autre part des raisonnements ordinaires au sein d'environnements socioculturels déterminés* ». La qualité de la relation entre soignant et soigné sera altérée si le médecin perd simultanément le contrôle de ses deux registres. Il doit **court-circuiter l'interrogatoire ou l'examen clinique, se couper du sens commun**, ne plus interpréter la somatisation et ne penser que dans une logique biomédicale déformée.

IV. Comment prendre en compte les savoirs de chacun ?

C'est une rencontre de différences qu'il faut étudier. Il nous faut identifier et comprendre, les Modèles Explicatifs de la Maladie (MEM), et plus particulièrement la distance qui sépare les MEM bio-médicaux des MEM populaires. Cette distance pourra être traitée comme une **variable prédictive de la fidélité** du patient à la thérapie prescrite, de sa satisfaction à l'égard des traitements, voire de sa réponse aux traitements (A. Kleinman, 1980).

Ces écarts de représentations apparaissent amplement suffisants pour justifier une étude approfondie des MEM populaires pour la santé publique, étude qui devrait devenir un préalable incontournable pour la définition du contenu des messages de prévention et de promotion de la santé. Par extension, ils joueront un rôle clef dans l'explication des succès et des insuccès connus par les programmes de santé publique (R. Masse, 1995). Les oublier reviendrait à condamner l'éducation pour la santé à n'être qu'une pratique incantatoire ne trouvant pas écho dans l'ensemble cognitif dans lequel évoluent les individus (D. Levy Bruhl, J. Cook et al. 1993).

La réflexion sur les choix des personnes concernant leur santé, devra **dépasser une vision épidémiostatistique** pour considérer le risque comme un construit issu de la confrontation de construction populaire et professionnelle divergentes du risque qui répondent de logiques (politiques) divergentes.

Mieux prendre en compte les connaissances et attentes de la population

Ce type de positionnement peut ainsi renforcer la prise de conscience par les techniciens de santé publique de la nécessité de **remplacer le concept d'éducation pour la santé par celui de communication** qui rend à la communauté le rôle de partenaire [...]. Notre espoir est que cette démarche puisse représenter un pas supplémentaire vers l'abandon du naïf postulat que de la légitimité sociale des actions de santé découle leur légitimité scientifique. La nécessité de la révision des messages éducatifs et de l'amélioration de la qualité de l'offre s'inscrit dans une prise de conscience, de la part des techniciens de santé publique, du besoin longtemps négligé d'adapter les programmes de santé aux contraintes et aux attentes de la population (D. Levy Bruhl, J. Cook et al. 1993).

Bibliographie :

L'anthropologie de la maladie aux prises avec la rationalité. Cohérence, raison et paradoxe
S.Fainzang - 2001

Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar
D. Fassin - Presses Universitaires de France - Paris - 1992

Concepts and a Model of the Comparaison of Medical Systems as Cultural Systems
A. Kleiman - Social Science and Medicine - 12(2B) - pp 85-94 - 1978

Anthropologie structurale
C. Levi-Strauss - Plon - Paris - 1958

Approches méthodologiques dans l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de trois enquêtes menées en Afrique de l'Ouest
D. Levy-Bruhl, J. Cook et Al - Sciences sociales et santé XI (2) - pp 9-25 - 1993

Culture et santé publique
R. Masse et G Morin - 1995

Les mirages de la rationalité des savoirs ethno médicaux
R. Masse - Anthropologie et Sociétés 21(1) - pp53-72 - 1997

La recherche-action : une autre manière de chercher, se former, transformer
M. Mesnier et P Missotte - L'Harmattan - Paris - 2003



Travaux de recherche

Lutter contre les malentendus dans le rapport à la santé et aux soins des professionnels et des personnes en insertion

Christine Durif-Bruckert,
Chercheur à l'université Lyon II²
et Sophie Pamiès,
Médecin, Conseillère technique santé, Conseil Général du Rhône

Christine Durif-Bruckert a coordonné entre 2001 et 2004, sur le territoire de Givors et Grigny, une recherche-action intitulée « précarité – santé – accès aux soins³ ». L'objectif de cette recherche était de travailler sur les interrelations entre la santé et les problématiques d'insertion, en prenant en compte la logique des préoccupations et des questionnements des différents acteurs engagés (professionnels et habitants). Cette démarche a permis de mettre en avant et d'analyser la place de la personne accompagnée : un sujet « contraint » dans une suite de trajectoires « assistées » et de paradoxes institutionnels, qui se trouve régulé par un ensemble de besoins supposés, et qui est renvoyé en permanence à la question de sa propre responsabilité.

L'article analyse les stratégies de maintien identitaire des personnes inscrites dans les dispositifs d'insertion et donne un autre éclairage sur la demande des usagers confrontés à la précarité.

Objectifs de la recherche

Avec la participation des professionnels et des populations, et à partir de leur propres points de vue et analyses nous avons poursuivi les objectifs suivants :

- Identifier les incidences de la précarité sur la santé, sur les formes du recours et sur les enjeux de la demande,
- Et identifier les voies de l'amélioration de la prise en charge et les perspectives de l'action.

Cette étude propose donc une **approche subjective** de la précarité et de la santé, telle qu'elle est vécue et élaborée par les acteurs engagés dans cette recherche.

Les acteurs et la méthode de la recherche-action

Cette recherche fonctionne sur plusieurs caractéristiques méthodologiques :

- la **participation et la mise en commun des compétences des acteurs et des chercheurs**. Le dispositif de la recherche-action se structure sur ce principe central : il ne peut y avoir connaissance d'une situation en dehors des sujets concernés, et sans leur collaboration active.

² GREPS UE 4163, Département de psychologie sociale, Université Lyon II

³ Recherche-action réalisée dans le cadre d'une convention Université Lyon II/Conseil général du Rhône

- **la diversité des professionnels associés.** Les acteurs professionnels (52 professionnels, 65 entretiens) engagés dans la compréhension des phénomènes de la précarité appartiennent à cinq champs de pratiques distinctes : médical (libéral et hospitalier), social, insertion, psychiatrique et juridique.
- **le double diagnostic professionnels et habitants.** Dans la continuité du diagnostic professionnel, nous avons réalisé auprès d'une quinzaine d'habitants 25 entretiens qualitatifs. Ces habitants ont été invités (sur des critères d'âges en priorité) et accompagnés vers la participation aux entretiens de la deuxième phase par les professionnels.

De plus, **des observations participantes**, à l'ANPE et au service des Urgences de l'hôpital de Montgelas (Givors), ont permis d'analyser « en situation » les modes d'utilisation des structures par les personnes en situation de précarité et les formes des liens qu'ils établissent avec les professionnels.

Enfin, **des groupes de restitution collective**, spécifiques à chaque profession et transversaux, ont travaillé sur les représentations et la culture de chacune des professions impliquées.

Depuis la fin de la recherche-action, **un groupe, intitulé « résonance »**, réunit des professionnels sur les problématiques propres à la prise en charge de la précarité : l'accès, la demande, le recours, le partenariat et l'accompagnement.

Quelques résultats de la recherche-action

Cet article présente plus spécifiquement les stratégies de maintien identitaire que déploient les sujets en situation de précarité, et les risques qu'ils engagent au niveau de la santé et sur les formes du recours et de la demande.

- Les stratégies de maintien identitaire

Les habitants confrontés à la précarité ont souvent évoqué la menace identitaire ainsi que la menace de la vitalité qui se traduit plus précisément par une inquiétude anthropologique majeure : l'état de survie. Les entretiens dans leur ensemble font ressortir de façon nette un virage dans l'impact des politiques sociales, amorcé ces dernières années et qui va s'accroissant : une **gestion éprouvante pour les usagers des dispositifs d'insertion** qui engage une grande partie des ressources intimes, privées, qui est amplifiée par la perte d'appuis collectifs symboliques.

Les usagers dans une logique de la survie réagissent en mobilisant ces ressources intimes de façon économe, en se focalisant sur l'ici et maintenant (en surinvestissant ou désinvestissant la réalité), en cherchant à sauvegarder les conditions de vie qui leur permettent de continuer à se penser humain : préserver des sécurités matérielles, ne pas perdre la raison, tenir sa place, garder le lien social.

De réels talents sont alors mis à contribution ! On a pu repérer, dans les propos des habitants, des stratégies de sauvegarde psychique : être vigilant sur les investissements relationnels, lutter contre la désillusion, dénouer les contradictions administratives, faire face aux tromperies, aux regards péjoratifs, ne pas s'y laisser réduire ... Les habitants insistent sur la nécessité de ne pas se laisser prendre de façon irréversible dans une « carrière de précaire », tout en répondant aux rôles et aux tâches qui sont attendus d'une personne sollicitant l'aide sociale et/ou l'aide à l'insertion. C'est à dire qu'ils insistent sur la nécessité de répondre aux convocations, d'« attendre son tour » et de « montrer sa bonne foi », autrement dit de donner les preuves de sa volonté d'insertion. Les usagers sont ainsi amenés à suivre l'ensemble des codes de « bonne conduite du précaire », qui sont imposés par les institutions sociales sur un

mode souvent très paradoxal : « *cherchez, mais il n'y a rien à trouver* » ; « *répondez obligatoirement aux convocations mais ça ne sert à rien* » ; « *c'est votre droit, mais on vous y contraint* » ...

Les usagers traversent cette épreuve au prix fort :

- au prix (sacrificiel) d'une **lutte active contre la régression**. Les personnes que nous avons rencontrées nous disent combien elles luttent contre le « laisser-aller », combien elles repèrent pour elles-mêmes un seuil « *qui contient encore la vie* ». Elles disent, entre autres stratégies, combien il est impératif de maintenir « *sa frontière* » (se sentir encore « lié », garder la raison, repérer des points d'appui), au-delà de laquelle, elles se pensent « *en danger* » et très vite propulsées dans le risque de « *perdre pied* ».
- au prix du risque élevé de **sur-investissement dans la recherche de solutions, et de la sur-adaptation**, car c'est bien sur cette voie que sont convoqués les sujets en situations de précarité. Ils s'activent, ils « rament », ils utilisent des stratégies et font l'impossible pour résister à la marginalisation, et se maintenir dans « le circuit », le lien social.
- au prix de la **remise en cause des limites structurantes**. L'incertitude, le manque, la souffrance, deviennent intolérables lorsqu'ils glissent vers l'insécurité, l'état de privation ou le trop de souffrance.

De ce fait, et par exemple, ne pas travailler est vécu d'avantage sur le registre du vide, de l'enfermement, que sur celui de la pause, du repos et de la détente.

- Un autre regard sur la notion de demande

La notion de demande a été appréhendée au fil du temps et des interactions comme un processus psychique et social complexe. La prise en compte des paroles et des points de vue des habitants a permis de porter un autre regard sur les enjeux de la demande.

Il fut progressivement possible de réinterroger le caractère paradoxal de la demande et de l'inscrire dans l'ensemble des ruptures symboliques, des pertes d'appuis collectifs et des stratégies de survie et de maintien identitaire. La réflexion a ainsi permis d'interroger le schéma demande/offre/réponse, à la fois tel qu'il fonctionne (aspects d'ordre réglementaires et financiers) et tel que les différents acteurs, professionnels et habitants, se le représentent.

La recherche-action a permis d'identifier avec les professionnels quelques points essentiels, qui ont été repris et approfondis avec les habitants eux-mêmes :

- **la mise en mouvement que représente la demande** au sein d'une situation de rupture sociale qui déplace, quelquefois renverse, les critères de l'évaluation de la santé au sens épidémiologique du terme (surinvestissement/désinvestissement du corps).
- **la méfiance dans laquelle se trouvent les personnes en situation de précarité** vis-à-vis des structures d'aide et de soins. Il est difficile pour un sujet d'être acteur de sa demande alors qu'il intériorise un modèle de l'aide basé, pour une grande part, sur l'injonction et la gestion administrative (« le modèle de l'injonction » et du contrôle). Les représentations des dispositifs d'insertion, éprouvées par les personnes enquêtées, donne l'idée de la difficulté à faire valoir sa parole, à dire ce que l'on ressent, et à négocier l'aide véritablement recherchée. Il est alors possible d'expliquer combien ces personnes se sentent convoquées dans une succession de parcours obligés.
- **La notion de temps nécessaire à l'élaboration de toute demande**. Les professionnels ont beaucoup réfléchi sur la difficulté à prendre en compte ce temps nécessaire au « déchiffrement » même de la demande, alors que la logique des dispositifs sociaux et de soins oblige à répondre vite, quitte à ce que les professionnels se substituent aux usagers.
- **La connaissance et la reconnaissance des parcours de l'aide**. Malgré les nombreux points d'informations mis en place ces dernières années, la méconnaissance des dispositifs complexes ne permet pas toujours aux personnes, qui se trouvent brutalement

et nouvellement confrontées à des situations de précarité, d'emprunter les « bons circuits » de la prise en charge et de l'aide.

- Et enfin, **les obstacles d'ordre financiers et réglementaires**. Ils demeurent encore nombreux en ce qui concerne l'accès à certains soins.

Dans ce contexte marqué par la « *santé-survie* », la recherche de la « *santé perfection* », fondée sur la recherche d'un corps idéal, de même que celle de la santé au sens sanitaire, paraît particulièrement inadaptée ! Les personnes confrontées à la précarité sont encore loin de pouvoir intégrer les critères retenus dans les programmes de prévention en santé publique. Aussi, ces réflexions nous amènent à un changement du paradigme santé et à l'exigence d'une réflexion anthropologique sur les modalités et enjeux de la participation des usagers à la santé.

L'engagement du Département du Rhône dans cette recherche-action.

Le travail de Recherche Action Participative (RAP) mené par Christine Durif-Bruckert s'inscrit dans le cadre d'une convention de délégation de service entre l'université Lyon II et le Département du Rhône, d'une durée de trois ans.

La RAP est un **dispositif exigeant pour l'ensemble des acteurs y compris pour les institutions**. Au niveau du Département, il a été primordial de mettre en place une démarche projet et d'identifier deux porteurs, l'un au niveau territorial (Maison du Rhône (MDR) implantée dans le canton de Givors où la RAP se déroulait) et l'autre au niveau des services centraux. Deux comités ont été créés au sein de la collectivité : un comité de pilotage a permis d'associer les conseillers généraux dont la délégation recouvrait les thématiques abordées dans la recherche (insertion, handicap, enfance famille et personnes âgées), et un comité technique a été chargé à terme de la diffusion des résultats des travaux à l'ensemble de l'institution.

Le choix d'adopter une démarche projet semble pertinent dans la mesure où cela a permis une mobilisation transversale des services et surtout d'inscrire ce travail dans la durée.

Néanmoins la diffusion des résultats auprès des professionnels a pris du retard compte tenu du contexte dans lequel la RAP s'est déroulée : réorganisation des services du Département, mise en œuvre des nouvelles compétences des départements, enjeux focalisés sur l'accès aux dispositifs des bénéficiaires (ce qui a très fortement mobilisé les services du Département, notamment les MDR)...

Plusieurs modalités de diffusion semblent devoir être adoptées : journées de réflexion, accès aux documents produits par les acteurs de la RAP (professionnels, habitants et le chercheur), rencontres entre les acteurs du site de la RAP (Givors) et d'autres équipes désireuses de s'engager dans la même voie.

La RAP est une **expérience partagée qui permet de construire une « intelligence collective » très ancrée sur un territoire**. C'est toute sa richesse, mais également sa limite. En effet, la diffusion des résultats, si l'on veut aller jusqu'au bout de la logique de la participation, passe par l'implication des acteurs. Celle-ci est dépendante de la solidité de la démarche au niveau local (elle semble acquise au sein du comité local de santé mentale). Elle est conditionnée par la permanence de ces acteurs au niveau du territoire alors que plusieurs départs ont eu lieu depuis la fin des travaux de recherche. Elle nécessite d'inventer de nouveaux modes de transmission du savoir produit en mobilisant les participants à la RAP en constatant le décalage avec le fonctionnement des institutions.

Sophie Pamiès,
Conseillère technique santé au Conseil Général du Rhône



Travaux de recherche

L'habiter et la santé : la prise en charge de la santé mentale par les acteurs de l'habitat

Benoît EYRAUD,
Sociologue-Chercheur au CEMS/CERPE, Lyon

Depuis quelques années, les professionnels de l'habitat s'interrogent sur leur rôle et sur leur compétence pour répondre à des souffrances qu'ils identifient dans de nombreuses situations difficiles (troubles de voisinage, dégradations, repli...). Cette réflexion s'appuie sur le constat que les « institutions » ont un rôle pour favoriser les capacités à habiter et à voisiner des individus, c'est-à-dire, sur leur santé.

Les manières d'habiter sont en effet un révélateur de la santé des individus. Plus largement, la manière de voisiner est un révélateur des capacités sociales de petites collectivités de réguler les difficultés rencontrées individuellement et collectivement. Mieux connaître les différentes manières d'habiter et de voisiner permet de mieux ajuster le rôle des professionnels et du tiers institutionnel pour promouvoir la santé d'individus, d'immeubles, de quartiers en situations de précarité sociale et de souffrance psychique.

Les deux situations présentées sont issues des séminaires de problématisation de la recherche-action « **Troubles de voisinage, la part de la santé mentale** », menés par l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONMSP).

Situation 1

« Madame B., 41 ans, est mère célibataire. Elle habite avec ses deux filles depuis son divorce en 2001, un appartement dans un ensemble d'immeubles HLM de cinq étages construit dans les années cinquante, dans une banlieue résidentielle. Jusqu'en 2004, les relations de voisinage sont ordinaires. Mais lors de l'été 2004, la quiétude des habitants commence à être troublée par des vols de courrier dans les boîtes aux lettres, des actes de vandalisme dans la cage d'escalier et, peu de temps après, par le « squat » de l'immeuble par un groupe de jeunes, âgés de quinze à dix-huit ans. (...).

Habitant au dernier étage, Mme B. se trouve particulièrement concernée par les bruits qu'occasionnent les escapades nocturnes du groupe sur le toit de l'immeuble. Son attitude oscille alors entre colère, les bruits importunant sa tranquillité et le sommeil de ses filles, et l'inquiétude de voir un jeune tomber du toit. Mme B. signale les faits à l'office HLM qui remplace les cadenas empêchant l'accès au toit. Ceux-ci sont rapidement forcés et la fête bat de nouveau son plein sur le toit.

Mme B décide alors de faire connaissance avec certains membres du groupe et tente de les dissuader de monter sur le toit. Les jeunes semblent touchés par son inquiétude, promettent de faire moins de bruit, et l'invitent, un peu insolent à un barbecue sur le toit. Le toit perd progressivement de son intérêt pour les jeunes (sans doute l'arrivée de l'hiver). Ils se retrouvent désormais chaque soir en bas de l'immeuble pour discuter, écouter de la musique ou faire crisser les pneus de leurs scooters jusque tard dans la nuit.

Les désagréments s'étendent à tout l'immeuble et Mme B. devient alors le porte-parole de la plainte et de la peur de ses voisins.

Après avoir épuisé le recours au dialogue, elle fait appel à l'office HLM où un médiateur l'invite insolitement à faire des gâteaux afin de les partager avec les jeunes. Un soir, un peu plus excédée que d'habitude par le bruit, elle décide de faire appel aux services de police. Quand ceux-ci arrivent sur les lieux, il n'y a plus personne. Ils montent chez elle afin de recueillir de plus amples informations. La police promet des patrouilles plus nombreuses qui n'ont en fait pas lieu.

Suite à cette soirée, Mme B. a l'impression que les jeunes ont vu dans quel appartement la police s'est rendue. Elle se sent exposée à leurs yeux, étant devenue celle qui veut leur nuire et les « balancer ». Elle devient en effet la cible d'insultes, de menaces et de jet de pierres. Un soir, les jeunes viennent la harceler jusque devant sa porte, tambourinant et se ruant dessus. Mme B. derrière sa porte est terrorisée et va dès le lendemain porter plainte au commissariat. Les policiers qui la reçoivent minimisent sa plainte et se contentent de faire une main courante. On lui explique ensuite qu'il ne faut pas trop écouter les médias, et que la peur résulte d'une « psychose » plus que d'une réalité. Devant l'inefficacité de ses démarches et se sentant menacée, Mme B. quitte son appartement. Elle est hébergée temporairement par sa famille, a des difficultés pour trouver un nouveau logement, et traverse une période qu'elle qualifie de dépressive. »

Situation 2

« Pauletta a 68 ans, sa fille Elisabeth a 40-45 ans, elles vivent depuis 1970 dans le même logement HLM, au 5ème d'un collectif de 13 étages... Depuis des années, elles ont six mois d'impayés de retard mais elles viennent chaque mois payer en espèce leur loyer ; elles ne sont pas assurées pour leur logement. Elles sont connues de l'agent de maintenance et du préposé au nettoyage depuis 20 ans.

En février 2006, ces locataires refusent d'ouvrir à des ouvriers qui viennent pour une intervention technique. Ils le signalent à l'agent de maintenance qui le signale à sa direction. L'agent de maintenance décide également de se rendre chez elles, et après insistance, parvient à entrer. Celui-ci est stupéfait : l'appartement est « encombré » jusqu'au plafond de « papiers journaux », de poupées et de bombes aérosols. On ne peut circuler que sur 50 centimètres de large... Il n'y a ni eau, ni électricité, il est éclairé à la bougie. La situation est dangereuse (papier et bougie), il faut donc parvenir à la faire cesser.

Suite à cette découverte, une chargée de « mission situation difficile » prend en charge cette situation et se renseigne. Elles n'ont pas le téléphone, elles sortent peu de chez elles. L'agent de maintenance les livre en eau minérale. Elles vivent essentiellement la nuit, dorment dans le même lit d'une place, se lèvent à 16h00, jouent à la Game Boy, mangent peu, et ont froid.

Celle-ci constate qu'elles ne sont pas connues des partenaires sociaux du bailleur.

Dans les archives, elle s'aperçoit que dix ans auparavant, un fort encombrement sans détritus avait interpellé le bailleur, qui avait voulu vider le logement au moment de la pause de l'interphone. La mère était d'accord, pas la fille qui avait voulu alors se défenestrer. La chargée de mission « situation difficile » organise avec un médecin psychiatre, et une AS du conseil général permettant de bien saisir l'importance des protections à prendre autour des amoncellements : il ne s'agit pas de jeter toutes les affaires sans les impliquer.

La chargée de mission parvient à rencontrer ces femmes : elles acceptent alors facilement de remettre leurs papiers EDF et Eau en échange d'une aide pour rétablir le service. Elles amènent les factures en venant payer le résiduel (les 6 mois de loyer en retard) ; elles insistent alors pour que la promesse du bailleur soit tenue. Le plan d'apurement mis en place sera respecté, l'eau et l'électricité sont revenues.

La question de l'encombrement est plus difficile : elles acceptent finalement de se séparer des aérosols, à condition qu'ils ne soient pas mis à la poubelle. Pour tenir cette condition, le bailleur décide d'utiliser l'appartement voisin, inoccupé : cinq sacs de cent litres de bombes sont transportés sous leurs yeux dans l'appartement voisin. Les poupées et les journaux sont toujours amassés, elles n'ont pas accepté de rencontrer un professionnel du « psychisme ».

Souffrances psychiques et habitat

Ces deux situations n'ont presque rien en commun, et toutes deux semblent loin de questions de santé publique, ou **d'insertion par la santé**. Elles n'appartiennent pas même aux problématiques de santé et de logement qui se posent ordinairement en santé publique : promiscuité dans le logement, exposition à des matières dangereuses (plomb et saturnisme) ou problèmes qui relèvent de la réglementation sanitaire départementale, et des services d'environnement et de santé des communes.

Ces situations relèvent à première vue de l'ordre public ou de la psychiatrie. Elles sont apparemment loin des thèmes de la journée « co-responsabilité aidant / aidé » ou de « faire de chacun un acteur de sa santé ».

Pourquoi les mobiliser ce matin ? Pour deux raisons :

- Parce qu'elles relèvent toutes deux des souffrances psychiques liées à des conditions d'habitat, entendues non comme « condition de logement », mais comme support pour « *rester dans un lieu donné et l'occuper comme demeure* » : habiter comme condition de santé.
- Parce qu'elles mettent en difficulté les institutions, et qu'en amont de la participation et de la responsabilité de l'utilisateur se posent celles de l'action de l'institution.

Dans ces deux situations, **la souffrance traduit une difficulté de santé**, elles nous permettent de donner corps à la définition de l'ONMSP de la « santé mentale » (dans une acception qui déborde largement le champ de la psychiatrie) : « *la santé mentale concerne l'individu dans sa capacité à vivre et à souffrir dans un environnement donné, sans destructivité, mais non sans révolte* ».

Quelles sont tout d'abord les souffrances identifiées ?

Dans les deux situations, des formes de souffrance liées aux conditions d'habitat apparaissent. Mme B. doit déménager dans la première situation, elle ne peut plus supporter de vivre dans son environnement proche après l'investissement qu'elle y a mis, elle s'est sentie menacée, humiliée ... et a dû quitter son logement. Mme B. ressent fortement l'échec de l'ouverture qu'elle avait vis-à-vis des jeunes, mais aussi l'échec de l'interpellation des institutions. Elle est remise en cause dans sa volonté d'ouverture.

Dans la seconde situation, la souffrance n'est pas dite, mais postulée par les professionnels qui entrent en contact avec ces femmes et par les faits relatés : le refus de laisser entrer chez soi, le refus de mettre des objets apparemment inutiles à la poubelle, la découverte de la manière de vivre, la tentative de suicide quelques années auparavant. Tous ces éléments sont des indicateurs qui permettent à l'observateur de postuler une souffrance même si elle n'est pas dite.

Dans le premier cas, la manière de Mme B de s'investir dans la résolution d'un problème et le manque de soutien reçu tentatives de régulation de la difficulté par Mme B. se sont retournées contre elles. Dans le second cas, le repli de Mmes P mère et fille est interprété comme destructrices par l'observateur.

Dans cette acception, la santé mentale renvoie à la capacité à « vivre ensemble », avec tout ce que cela suppose d'ajustements, de déséquilibres, de négociations et d'adaptations.

Or, nous voyons que l'institution, incarnée par les bailleurs sociaux, a un rôle à jouer sur cette capacité à vivre et à souffrir de l'individu dans un environnement donné, soit s'est elle-même impliquée pour favoriser cette capacité. Revenons à ces situations pour saisir cette fois-ci le rôle des institutions.

Le rôle de l'institution dans une problématique de santé mentale

Dans la première situation, Mme B a tenté une médiation. L'échec de cette tentative a empiré la situation et l'a conduite à se sentir menacée et à être « terrorisée ». Cette peur l'a empêchée de continuer à affronter la situation elle a dû partir. C'est donc sa capacité à s'adapter, sa bonne santé mentale qui a été vulnérabilisée et diminuée par l'échec de sa tentative de dialogue. Or, plusieurs institutions semblent avoir un rôle dans cet échec. Le bailleur social, et la police ont été interpellés mais ils ont disqualifié et « inaudibilisé » la plainte. Ce refus d'engagement de l'institution transforme un problème d'occupation et d'usage d'espaces publics et privés en conflits interpersonnels. Le refus d'endosser le rôle du tiers a directement une conséquence sur l'état de santé mentale de Mme B, qui n'a pas été protégée, malgré sa demande.

C'est bien parce que le conflit devient interpersonnel, qu'il puise dans les ressources propres, psychiques de Mme B que celle-ci s'épuise, est obligée de fuir, et tombe malade.

Dans cette situation, Mme B a été actrice maladroite de sa santé. Elle n'a pas pu trouver des soutiens appropriés en raison d'une certaine démission de l'institution.

Dans la seconde situation, le bailleur se saisit d'un problème de sécurité et découvre qu'il y a un problème de santé. Il décide alors de tenir compte du problème de santé pour résoudre le problème de sécurité.

- Il n'a pas respecté les procédures à la lettre (exemple : le défaut d'assurance, qui est une clause résolutoire d'un bail, n'a pas provoqué de procédure d'expulsion).
- En effet, il prend le temps d'engager une démarche partenariale avec une question précise. Quelles seraient les conséquences sur la vie psychique de ces femmes d'intervenir dans leur logement ? Cette démarche l'éclaire sur le sens des amoncellements et sur les traumatismes passés qui ont conduit ces femmes à se replier de plus en plus... Cette démarche se traduira par l'usage d'un logement vacant vide afin de prendre en compte l'importance symbolique des affaires présentes chez ces femmes, et d'avancer ainsi sur le problème de sécurité.

Le bailleur se soucie donc du problème de santé pour régler une question concernant le logement. En faisant cela, il améliore les conditions d'habitat des locataires (retour de l'eau et de l'électricité), et les conduit à mieux tolérer leur environnement, en acceptant de les rencontrer.

Ces deux situations montrent donc combien le rôle de l'institution peut favoriser ou défavoriser une bonne santé mentale des locataires.

On voit donc que le rôle de l'institution est bien de favoriser les capacités d'adaptation de l'individu, en tenant compte de la demande de celui-ci : savoir écouter la demande quand celle-ci existe (la plainte de Mme B.), savoir porter une demande quand celle-ci n'existe pas (la remise aux normes progressives et relatives d'une manière d'habiter).

Avec ces situations, on se rend compte qu'il est parfois plus difficile d'écouter une demande que de porter une demande qui ne se dit pas.

Pour récapituler :

- Traditionnellement, le lien entre santé et logement a été une préoccupation hygiénique (les règlements).
- Aujourd'hui, on prend conscience que « les conditions de logement » ne suffisent pas, l'enjeu est de remplir les fonctions identitaires de l'habiter. Habiter a des fonctions identitaires importantes (investissement psychique) rendues possibles par des supports sociaux (avoir un toit, des aides, des voisins...)
- La souffrance psychosociale fragilise les conditions d'habiter et de voisiner...
- Il fait parti de la mission des bailleurs d'offrir les bonnes conditions d'habitat (jouissance paisible).

- En étant confrontés à la gestion de la souffrance psychosociale, les bailleurs sont des acteurs de la santé mentale, entendue dans sa définition large (et pas seulement psychiatrie).
- Les bailleurs ne sont pas des thérapeutes du voisinier ou de l'habiter. Il y a une tentation d'inventer des thérapeutes de l'habiter et du voisinier.
- Leur rôle dans une politique de santé mentale est de remplir leurs obligations traditionnelles, ce qui implique : une organisation interne et partenariale (le sens donné au cadre) et une incarnation institutionnelle (interprétation souple de la procédure).

Conclusion

Les politiques publiques promouvant le droit au logement ont développé une conception de l'insertion par le logement comme parcours permettant d'accéder progressivement au « logement autonome ». En retour, tous les produits, dispositifs et manières d'habiter ne relevant pas du « logement autonome » se définissent en manque au regard de cet idéal.

Une approche en terme de santé mentale vise le même objectif de la mise en œuvre du droit au logement, non pas à partir de l'idéalisation de la manière d'habiter en logement autonome, mais en reconnaissant les capacités et les manières d'habiter des habitants, mises en œuvre aux différentes étapes de parcours chaotiques, où des phases de distanciation et des phases de rapprochement par rapport au logement se succèdent.

L'identification de « dynamique » de santé mentale vis-à-vis de ses conditions d'habitat montre que l'individu ne cesse « d'habiter » quel que soit son rapport à son logement. Une politique de santé mentale vis-à-vis des personnes en difficulté dans leur rapport au logement favorise la reconnaissance des manières d'habiter dans leur positivité et leur risque, et interpelle les « supports sociaux institutionnels » dans leur capacité à prendre en compte l'articulation des différentes fonctions de l'habiter.

Point de vue



Santé, précarité, Conseils Généraux ... Que se passe-t-il en France en 2007 ?

Marie-Thérèse SALMI, Cadre de santé et
Docteur Françoise NORMANDIN, Conseil Général de la Gironde

A partir de la journée nationale d'échange d'initiatives entre Conseils Généraux sur le thème « santé précarité : quel accompagnement ? » (juin 2005), quelles sont les actions des Départements qui visent à améliorer la santé des personnes en situation de précarité ? Sont-elles expérimentales ou généralisées sur le territoire, sont-elles mises en œuvre par les services ou déléguées à des associations ? Visent-elles à aider les intervenants sociaux ou à accompagner les usagers ? Sont-elles individuelles ou collectives ? Quels sont les professionnels qui interviennent ?

I. Présentation du contexte de l'enquête menée par le Conseil Général de la Gironde

La Maison Départementale de Santé de la Gironde

La Maison Départementale de Santé (MDS) de la Gironde a été fondée en 2001 à partir d'un projet qui a longuement mûri. Elle comprend des services techniques issus de délégations de l'Etat dont : le centre d'information de dépistage anonyme et gratuit du Sida et des hépatites, ainsi que le centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. On y trouve également aussi un centre de planification et des postes de sages femmes de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Grâce à une volonté politique du Conseil Général, la MDS a ouvert des prestations intitulées « santé conseil » ainsi qu'un centre de vaccination, des consultations d'adolescents en rupture et des consultations de l'association nationale d'alcoologie et d'addictions. C'est surtout au titre de la prestation « santé conseil » que le Département a souhaité connaître ce qui se faisait ailleurs.

Objectifs et méthodologie d'enquête

L'enquête réalisée il y a un an et demi correspond à la « photographie » de ce que faisaient les Départements en matière de prise en compte de la santé, notamment pour les bénéficiaires du RMI, avec un élargissement sur les publics « précaires ».

L'objectif étant d'avoir une vision panoramique un Conseil Généraux, chacun des Départements a été interrogé par téléphone. Ces communications ont été couplées d'une proposition de fiche / questionnaire à retourner.

Les questionnements principaux étaient :

- Existe-il des initiatives « santé précarité » ?
- Qui sont les acteurs ? S'agit-il seulement des Conseils Généraux ?
- Comment cela est-il conventionné / externalisé / cofinancé ?
- Quel est le public ciblé par ces dispositifs ?
- Sur quels territoires est-ce expérimenté ?
- Quels types de professionnels interviennent ?

II. Principaux résultats de l'enquête

Des résultats d'ensemble plutôt satisfaisants mais qui restent empiriques

La première étape de l'enquête par téléphone fut productive puisque 88 Départements ont répondu sur 100. Parmi ces Départements, 86% ont déclaré mener une action santé en direction des publics précaires, au sens large. Il s'agit toutefois de résultats empiriques, qui dépendent largement des personnes interrogées et de ce qu'elles ont voulu répondre.

Diverses modalités de mise en œuvre

D'après l'enquête, 32 Conseils Généraux ont une gestion directe de ces actions sanitaires, 25 externalisent en convention avec les CODES⁴ ou le monde libéral, 16 gèrent en partenariat avec d'autres acteurs ou externalisent une partie du dispositif, et 1 bénéficie d'un cofinancement Etat - Département.

Une couverture territoriale inégale

Parmi ces Départements, la question était alors de savoir si ces dispositifs concernent tout le territoire. Pour la majorité des Départements (36 sur 61 répondants) qui mettent en œuvre des actions santé, il s'agit d'un déploiement départemental. Il y a un certain nombre de Départements (17 sur 61) qui mettent en place ces actions sur seulement quelques commissions locales d'insertion (CLI). Peu de Départements (5 sur 61) mettent en œuvre ces actions ponctuellement ou sur un seul site.

Un public cible plus ou moins large

Sur les 72 Départements répondant à la question du public cible, 39 déclarent que les actions qu'ils mènent s'adressent globalement à un public en situation de précarité, dont les bénéficiaires du RMI. A l'inverse, 31 Départements ciblent uniquement les bénéficiaires du RMI dans leurs actions santé mises en place. Enfin, 2 Départements expliquent qu'ils atteignent des publics « captifs » issus notamment de foyers CHRS ou Sonacotra.

Des modalités d'action variées

Les modalités d'actions varient selon les Départements entre soutien aux professionnels sociaux, consultations médicales, actions collectives et accompagnements individuels sous diverses formes (entretiens, suivis infirmiers, accompagnement avec un psychologue, point écoute santé, éducateurs etc.). 12 Départements sur les 65 répondants ont mis en place l'ensemble de ces actions. Les actions collectives sont celles que l'on retrouve dans le plus de Départements.

Les acteurs sont des professionnels de santé

Dans ces actions santé précarité on retrouve principalement des infirmiers (36 Conseils Généraux sur 62 répondants) et médecins (36 Conseils Généraux aussi). Certains Départements emploient des psychologues dans le cadre de leurs initiatives (23). Sur quelques Départements, d'autres professionnels de santé sont sollicités tels que : un psychiatre, une diététicienne, une médiatrice arabophone, un éducateur et une assistante sociale.

⁴ Comité Départemental d'Education pour la Santé

III. Réflexions et enjeux liés aux actions « santé précarité »

La place privilégiée du Conseil Général dans la mise en place d'action « santé précarité »

Beaucoup de Conseils Généraux ont pris des initiatives dans le champ de l'action « santé précarité » en faveur de publics vulnérables, dans lequel ils peuvent jouer un rôle spécifique. En effet, le Département constitue un acteur incontournable dans le champ de l'action sociale, notamment depuis les dernières mesures de décentralisation. Cette institution a aussi la particularité de rassembler professionnels de santé, professionnels sociaux et un certain nombre de psychologues et d'éducateurs. Les professionnels de cette institution ont la chance d'être dégagés de la « relation à l'acte », donc d'être plus disponibles, ce qui dépend toutefois des effectifs professionnels. En tant que professionnels de santé, ils ont, dans leurs statuts, le droit et même l'obligation de formation. Ils peuvent parfois mener plusieurs missions, ce qui permet d'ouvrir une porte à de nombreuses personnes qui vivent des situations de précarité.

Ainsi, il semble évident que les Conseils Généraux peuvent répondre de façon correcte, adaptée et spécifique aux populations fragilisées. Toutefois, d'un Département à un autre, il existe d'importantes disparités, conséquences de la décentralisation, et qui ne semblent pas correspondre aux caractéristiques démographiques des territoires.

Les freins aux actions « santé précarité » des Départements

En plus d'importantes disparités d'effectifs de professionnels oeuvrant dans le champ des initiatives santé en faveur de populations fragiles, les Départements enregistrent des différences notables d'organisation qui constituent une vraie difficulté de lisibilité des dispositifs. Il s'agit là aussi d'un obstacle pour conduire des politiques cohérentes et aider les professionnels à cheminer.

Autre frein pour les Conseils Généraux, le champ de la « santé précarité » correspond à une politique entièrement facultative qui, face aux exigences des actions « insertion » ne laisse pas beaucoup de temps pour concevoir et mettre en place des actions.

Par ailleurs, le Conseil Général souffre, a priori, d'un étiquetage « précarité » du fait d'une spécialisation de plus en plus importante des missions à destination des publics fragilisés.

Qui est le plus compétent en matière de « santé précarité » ?

La multiplicité des acteurs dans ce champ provoque un manque de cohérence d'ensemble, dans lequel les personnes ont du mal à se retrouver. Les gens qui vivent la précarité ont rencontré un nombre considérable d'acteurs, chacun a mobilisé ses compétences pour donner un peu de réponse. Il est important de rendre une cohérence aux relations entre les acteurs de santé, afin que les personnes puissent retrouver une autonomie de décision dans ce contexte.

Le lien entre les acteurs est-il du ressort de la personne intéressée ?

Il n'y a pas de professionnel dédié pour faire le lien, la logique est que le lien soit fait par la personne intéressée. La question est alors de savoir comment les professionnels tolèrent que ce soit la personne intéressée qui fasse le lien entre tout ce que les uns et les autres ont apporté.

Des professionnels « qui durent » pour un meilleur accompagnement

Une des attentes des personnes est de trouver toujours les mêmes professionnels, ce qui n'est facile ni dans les associations, à cause de la non-pérennité des budgets, ni au niveau des dispositifs des Départements, en constantes transformations du fait des décisions politiques en amont. Par ailleurs, la territorialisation ne facilite pas les échanges entre professionnels à cause des découpages différents d'un organisme à un autre. Il est pourtant essentiel que les professionnels se parlent, ce qui nécessite une certaine disponibilité.

Une réponse du côté du partenariat ?

Le partenariat doit déjà se concrétiser en interne dans les institutions, mais aussi entre institutions et entre institutions et associations. Il est fondamental qu'il n'y ait pas de modèle unique. Il est, au contraire, nécessaire de mettre en place des projets variés, adaptés à des initiatives locales portées par l'un ou l'autre des acteurs locaux.

L'institution aura toujours tendance à mettre en place des dispositifs de façon reproductible, dont elle maîtrise les financements et avec des exigences d'évaluations parfois très lourdes. Or, il est important de permettre aux professionnels de l'institution de prendre des initiatives et ainsi d'être des professionnels solides. Comment est-ce que l'on rend des professionnels solides, qui puissent être dérangés par l'autre et ne pas vouloir être maître de la réponse ? Une des choses fondamentales est de donner la parole à l'autre et ne pas rester « campé » sur ses savoirs. La question est de savoir comment on arrive à relever ce défi et à prendre des risques, au jour le jour, malgré les diverses demandes des décideurs.

Partie II

L'organisation de l'accès aux soins et l'accompagnement santé des personnes en insertion

Point de vue



Les démarches d'accompagnement « santé-social »

Annie LIBER,
Point Ressources Santé à Grenoble, Isère

Comment articuler le social et la santé pour un accompagnement au plus près des attentes exprimées par les personnes ?

Annie Liber a introduit la table ronde, réunissant des coordonnateurs territoriaux et des praticiens chercheurs, en présentant quelques points de repères historiques ainsi que la démarche d'accompagnement santé initiée dans l'Isère depuis 15 ans, qui privilégie la fonction de médiation.

Repères historiques

C'est au XIX^{ème} siècle que la négociation prend une place importante dans le domaine du social : l'Etat, en charge de la paix sociale, assure une médiation entre des groupes sociaux ayant des intérêts divergents. Le travail social naît au XX^{ème} siècle avec, dès 1914, les infirmières visiteuses chargées d'une mission de contrôle et d'éducation, et le service social hospitalier chargé de trouver les causes sociales entretenant et aggravant les maladies.

En 1925, la fonction de médiateur du travailleur social apparaît dans un discours du secrétaire de l'association des surintendantes : « *Ni religieuse, ni ouvrière, ni femme du monde, ou peut-être tout cela ensemble, elle est, entre la classe ouvrière et la nôtre, le meilleur agent de liaison, la marraine élue de la paix sociale* ».

De 1932 à nos jours, la fonction du travail social évolue en s'éloignant du champ sanitaire et en se diversifiant dans de nombreuses professions : assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, travailleurs familiaux, éducateurs, animateurs, délégués à la tutelle etc. ... Dans le même temps, les techniques de médiations sociales se répandent pour aboutir aux fonctions spécifiques de médiateurs : des médiateurs de la république aux médiateurs familiaux ou de quartier chargés de maintenir la paix sociale.

Dans le champ de la santé, la médiation a peu de place même si des sociologues comme Pinel analysent la fonction de médiation du médecin entre le patient d'une part, la maladie et la mort de l'autre. Par contre c'est l'expertise qui se développe dans le champ de la santé publique, l'expert étant chargé du diagnostic et du conseil aux décideurs.

De nos jours encore, le professionnel de santé publique se considère, avant tout, comme un expert qui saura diagnostiquer les maladies de la population et prescrire les soins qui seront appliqués par les décideurs, afin d'améliorer la santé de la population (ou de guérir la société). C'est le schéma biomédical : « Symptômes ⇔ Diagnostic ⇔ Soins ⇔ Guérison ». Ce schéma, quand on l'utilise en santé publique, tend à assimiler un groupe social à un corps souffrant et non à un acteur de sa santé.

Quand il s'agit de la santé de populations dites précaires ce schéma devient par exemple :

Objectif : Améliorer la santé de la population précaire.

Symptômes : « *Ils sont malades et ne se soignent pas* ».

Diagnostic : Obstacles à l'accès aux soins.

Prescription : Couverture Maladie Universelle (CMU) et permanences d'accès aux soins, qui sont des avancées, mais le résultat en terme de santé de la population reste insuffisant.

L'accompagnement santé

L'accompagnement santé, entre santé et social, peut être un outil de médiation, permettant de replacer les personnes comme acteurs de leur santé. Il doit prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé. En effet, on sait que parmi les nombreux déterminants de la santé, les déterminants sociaux sont extrêmement importants.

Accompagner vers la santé implique donc de faciliter l'accès aux soins mais aussi de prendre en compte les comportements à risque et l'ensemble des conditions de vie. Pourquoi le terme d'accompagnement santé ? Quel rapport entre l'accompagnement et la santé ?

Selon la définition retenue, accompagner ce peut être : manger son pain avec (*con panio*) mais aussi, « marcher avec » dans le sens d'escorter militairement, ou mettre en valeur la partie principale dans une œuvre musicale. Avec le développement de l'accompagnement santé, le besoin de définir cet accompagnement est arrivé très vite et une charte a été rédigée.

Charte de l'accompagnement santé

L'objectif de l'accompagnement est de favoriser :

- l'accès et le recours aux soins dans le dispositif de droit commun,
- l'accès à la prévention,
- le bien être et l'autonomie des personnes.

Pour atteindre cet objectif, il est indispensable de permettre à l'utilisateur d'être acteur de sa propre santé, de respecter la demande de la personne et d'intégrer une démarche d'éducation pour la santé.

Donc accompagner ce n'est pas soigner, ce n'est pas remplir un dossier et ce n'est pas donner une adresse. Les accompagnateurs doivent avoir de nombreuses compétences :

- capacités d'écoute,
- savoir s'adapter à la personne, ses potentialités et handicaps,
- être formé au domaine sanitaire et social,
- avoir des connaissances : administratives et sociales, sanitaires et d'éducation pour la santé.

Les accompagnateurs sont donc de véritables « moutons à 5 pattes ».

Ethique et cadre de travail :

- Placer la personne au centre de la démarche ce qui suppose expliciter la fonction de l'accompagnateur.
- Respecter le droit à la vie privée, le secret médical et professionnel : aucune information ne peut être transmise sans demande de la personne.
- Créer un lien avec l'ensemble des professionnels concernés donc expliciter sa fonction.
- Evaluer régulièrement et assurer une fonction d'observation.

Illustration concrète

Pour illustrer plus concrètement la démarche, je voudrais vous raconter l'histoire de M. G. :

« M. G. contacte l'accompagnatrice sur la suggestion de l'AS. Il a un problème d'alcool avec des ivresses aiguës répétées qui se compliquent de crises d'épilepsies graves et spectaculaires. Il a 31 ans et vit chez ses parents en milieu rural. C'est un homme grand et costaud. M. G. voudrait surtout pouvoir réaliser des soins dentaires, mais comme une grande partie de la population il a peur du dentiste. Il accepte une première consultation, avec l'accompagnatrice. Cette consultation se passe assez mal. De toute évidence, le praticien ne souhaite pas continuer les soins. L'accompagnatrice contacte le dentiste et se rend compte que celui-ci a peur du patient : peur de la violence contenue qu'il a perçue et peur de complications hémorragiques liées à l'alcoolisme. Cette fois ci, c'est autour de la peur du praticien que se fait le travail et les soins reprendront avec la présence de l'accompagnatrice demandée par le praticien qui se sent ainsi rassuré. Conscients de leurs peurs respectives le patient et le praticien pourront établir une relation permettant de continuer les soins, sans l'aide de l'accompagnatrice. »

Comme l'illustre bien cet exemple : accompagner, c'est bâtir une relation de confiance avec les partenaires, les usagers et les institutions. Il s'agit donc de temps et de moyens matériels et humains pour permettre de bâtir et conserver cette relation.

Autres actions de médiations mises en place

D'autres actions ayant une fonction de médiation ont été mises en place en Isère :

- Les psychologues ont une mission d'aide mais aussi de médiation avec la psychiatrie.
- Un accompagnement collectif est proposé, par exemple, dans les chantiers d'insertion.
- Des actions de réseau santé et social ont été mises en place.
- Une action de médiation entre les dispositifs du RMI et du handicap s'est concrétisée par une formation : « Santé travail handicap ».

Ces démarches de médiation comportent des difficultés et des risques. Tout d'abord, il y a la difficulté de recruter et former « des moutons à 5 pattes, poly compétents ». Ensuite, les salariés sont souvent habitués à une organisation hiérarchique, ainsi, une mission d'animation et de coordination semble confuse et soulève la méfiance. Enfin, il ne faut pas oublier les risques de détournements de la fonction de médiation vers celle de conseiller du prince, l'auto investissement dans un rôle de représentant du peuple, de maître à penser etc. ... C'est la position du médiateur, sous le contrôle des différents acteurs et à l'épreuve de la réalité de terrain (évaluation continue) qui peut permettre d'éviter ces risques.

Ainsi, ces démarches de médiation ne créent pas une offre de soins, ne suppriment pas les difficultés sociales, mais une phrase d'un usager extraite d'un travail d'évaluation récent peut être retenue en conclusion :

« Ce n'est pas le ciel, ce n'est pas la lune, c'est un peu de ciel bleu. »



Travaux de recherche

L'animation, sur un territoire urbain, d'une dynamique de réflexion et d'action associant des professionnels de la santé et du social

Docteur Bruno DE GOER,
Médecin à la PASS¹ du Centre Hospitalier de Chambéry, Savoie

Le Réseau Santé Précarité du bassin Chambérien associe trois secteurs : hospitalier, libéral, et associatif. Il s'est développé notamment autour de la création d'une charte et en organisant des formations multidisciplinaires qui permettent de croiser les connaissances professionnelles avec celles des personnes en très grandes difficultés sociales, dans le champ de la santé. Avec une question sous jacente : est-il possible de travailler en réseau sans formalisation juridique ?

I. Un réseau pour améliorer la prise en charge des personnes en difficultés

Le Réseau Santé Précarité du bassin chambérien n'a actuellement pas de statut défini de type association loi 1901 ou autre reconnaissance juridique. En conséquence, il est difficilement visible auprès des acteurs publics. Pourtant, son existence est réelle. Il assure de nombreux liens entre les différents acteurs du champ sanitaire et du champ social, de l'hôpital et de la ville.

Le Réseau s'est développé autour d'un Point Santé, mis en place il y a dix ans dans un lieu d'accueil « l'Espace Solidarité » pour personnes en très grandes difficultés sociales. Situé à proximité du centre ville, l'Espace Solidarité comprend différents dispositifs et associations : équipe de rue, halte de jour, orientation vers l'hébergement...

Le Réseau est aujourd'hui implanté dans le territoire du bassin chambérien (environ 120 000 habitants). Il est défini en trois pôles :

- Le Centre Hospitalier Général (mais également spécialisé),
- Le pôle libéral,
- Le secteur institutionnel et associatif.

Ces trois pôles sont en interaction dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des personnes en difficultés sociales dans le champ de la santé.

1. le pôle hospitalier

Si le Point Santé a été créé en 1996, il a été rattaché à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier en 1999. Le pôle hospitalier est donc centré sur la PASS composée d'un médecin, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une secrétaire, tous à mi-temps. La PASS comprend donc aujourd'hui un dispositif externe à l'hôpital, le Point Santé, avec des consultations médicales et infirmières, sans rendez-vous lors des permanences, pour des soins curatifs, relationnels, éducatifs, des actions de prévention et de vaccinations, de dépistages anonymes et gratuits (maladies sexuellement transmissibles, hépatites...). En outre, ce dispositif assure la formation d'étudiantes de l'IFSI², d'infirmières

¹ Permanence d'Accès aux Soins de Santé

² Institut de Formation en Soins Infirmiers

de l'hôpital, voire d'étudiants en médecine. Il développe enfin la collaboration avec les partenaires extérieurs.

La PASS se développe également en interne, au sein d'un service de médecine interne et maladies infectieuses où sont également rattachés les soins aux détenus, la prise en charge des toxicomanes, les dépistages de maladies infectieuses. Sont ici proposées des consultations médicales (sur rendez-vous ou en urgence différée), des consultations sociales, des hospitalisations de jour, l'aide au maintien à l'hospitalisation, mais aussi des actions de prévention, de formation, de modification de pratiques professionnelles au sein de l'hôpital, ...

Un comité technique rassemble une quarantaine de personnels hospitaliers et extra hospitaliers afin de discuter des difficultés d'accès aux soins et d'orienter le travail des salariés de la PASS. Un comité de pilotage, composé de responsables institutionnels, permet l'engagement des institutions sur les différents projets.

Le centre hospitalier spécialisé participe également à la vie du réseau, ayant développé une équipe mobile « pôle précarité ».

2. Le pôle associatif

Différentes associations, intervenant au sein de l'Espace Solidarité ou en dehors, composent ce pôle.

L'Espace Solidarité comprend, en lien avec le Point Santé, une association de dentistes assurant des soins dentaires de base, une permanence sociale, l'intervention d'infirmiers psychiatriques et d'un psychologue détachés du Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie, ainsi que d'une équipe chargée de la réduction des risques pour les personnes ayant des difficultés addictives aux produits illicites et une intervenante en alcoologie.

Outre ces acteurs de santé, des partenaires directs sont présents sur place : une équipe de rue, un accueil de jour, la Cantine Savoyarde qui propose des repas, le Service d'Accueil et d'Orientation Départemental qui permet un accès à l'hébergement. A proximité sont situés deux centres d'accueil de nuit : le Centre d'Hébergement d'Urgence et Grand froid durant l'hiver.

D'autres associations, en dehors de l'espace solidarité, sont en liens étroits avec les autres membres du Réseau : les CHRS, l'UDAF, le Secours Catholique, SOS femme violence, la Croix Rouge Française...

3. Le pôle libéral

Celui-ci est composé de médecins, pharmaciens, infirmières... Concernant les médecins, une dizaine interviennent au Point Santé : les liens en sont donc facilités.

II. Une charte et des formations croisées : deux exemples de développement du réseau

Le Réseau assure un réel travail de terrain dans la souplesse. Malgré sa non formalisation, le Réseau « santé précarité » développe des outils de communication en lien avec d'autres réseaux : SIDA, Hépatites Toxicomanies, diabète. Des soirées, voire des journées de formation, toujours multidisciplinaires, sont proposées autour de thèmes variés : les groupes de parole, soins aux demandeurs d'asile, liens entre santé et hébergement...

Ce Réseau a également développé ces dernières années deux axes particuliers : une charte et des formations croisées.

1. La Charte

Lors d'une journée de formation multidisciplinaire intitulée « Exclusion et santé : quel travail en commun ? », qui a réuni plus de 120 professionnels issus des trois pôles, un questionnaire d'évaluation a été proposé aux participants. Parmi les questions posées, certaines interrogeaient le statut du Réseau (formel ou informel), d'autres demandaient s'il y avait lieu ou non de proposer une charte.

Sur le statut du Réseau, les avis ont été très divergents. Sur la rédaction d'une charte, l'immense majorité des participants se sont prononcés favorablement. Les objectifs fixés ont été de réfléchir à l'éthique de travail, de permettre une certaine visibilité du réseau, et enfin de pouvoir diffuser les informations. Un groupe de travail multidisciplinaire s'est alors mis en place. La charte a été validée, notamment par le Conseil de l'Ordre des médecins, et elle a été diffusée début 2005. Les professionnels peuvent la signer, tout comme les institutions. Début 2007, une centaine de signatures a été recueillie, dont une douzaine provenant d'acteurs institutionnels (notamment le Conseil Général de la Savoie, les centres hospitaliers, le CCASS la Communauté de Commune...). Aujourd'hui, un travail est mis en œuvre pour envisager de poursuivre cette dynamique.

2. Le développement de formations croisées

Trois formations associant différents professionnels de Chambéry ont eu lieu ces deux dernières années :

1. Une formation a associé des personnes ayant vécu la grande pauvreté ou l'exclusion sociale, et des professionnels œuvrant dans le champ de la santé. Trois journées ont eu lieu en 2005, plus une journée complémentaire l'année suivante. Ces journées ont réuni 19 professionnels et 8 personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté, membres du mouvement ATD Quart Monde et du Secours Catholique.
2. Une autre formation a réuni des professionnels et des personnes ayant vécu l'exil. Deux journées consécutives ont eu lieu en juin 2006, incluant 22 professionnels dont des libéraux avec 12 personnes ayant connu la migration.
3. Lors d'une journée en avril 2006, complétée d'une seconde en juin 2006, 17 professionnels de la diététique (diététiciennes hospitalières et libérales) et 7 personnes en très grande précarité se sont formées ensemble.

Ces formations croisées ont nécessité la mise en place d'outils permettant un véritable débat entre les professionnels et les personnes ayant une expérience de vie particulièrement difficile. Construire un cadre éthique s'est avéré indispensable. Les organisateurs ont repris des éléments de la charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale rédigée par le Mouvement ATD Quart-Monde³. Ces formations ont été financées par l'Etat et l'Assurance maladie (fonds FNPEIS⁴) pour les deux premières, et par l'Etat pour la troisième.

3. Que peut bien faire un réseau « santé précarité » non formalisé ?

Sans statut, le Réseau a pu initier une dynamique qui a montré sa pertinence. Il convient de noter l'importance du rôle de coordination effectuée de fait par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Chambéry.

Ce type de réseau nécessite la mobilisation de personnes motivées. Pour exemple, les soirées de formation sont en général prises sur du temps personnel. Il nécessite aussi un partenariat étroit avec des structures formalisées. Il convient également de s'appuyer sur les outils législatifs, notamment la loi de lutte contre les exclusions sociales. Ceci dit, ici comme ailleurs, l'avenir reste à inventer ...

³ Cette charte est téléchargeable sur le site : <http://www.atd-quartmonde.org>.

⁴ Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire

Une dynamique territoriale de réflexion partagée et d'action partenariale dans une zone rurale autour du PRAPS

Béatrice BOILOT, Coordinatrice du PRAPS⁵
du Centre Hospitalier de Montbrison, Loire

Dans le cadre du PRAPS, a été créée une mission de coordination et d'animation pour le territoire du Forez-Montbrisonnais, territoire essentiellement rural. Il s'agit, à partir des potentialités locales existantes, de développer les conditions d'une meilleure prise en charge médico-sociale de l'ensemble de la population et en particulier des populations fragilisées. Cela se traduit essentiellement par de la mise en lien et du soutien technique à la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation à la santé, d'accès aux soins. Les principales difficultés rencontrées relèvent des spécificités du public en zone rurale, des problèmes de financement d'actions multiples et de petite envergure et des logiques administratives.

Dans le cadre du PRAPS, il a été créé, en octobre 2000, une mission de coordination et d'animation pour le territoire du Forez-Montbrisonnais, territoire essentiellement rural situé au centre du département de la Loire.

Ce territoire, de près de 2 000 km² et 160 000 habitants, correspond à l'arrondissement de Montbrison qui regroupe plus de 130 communes autour de 3 villes : Montbrison, Feurs et Andrézieux-Bouthéon, dont seule Montbrison dépasse à peine les 15 000 habitants.

Le PRAPS, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, correspond au volet santé de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998. Ce dispositif de santé publique a pour objectif, à partir de potentialités locales existantes, de développer les conditions d'une meilleure prise en charge médico-sociale de la population et, tout particulièrement, des populations fragilisées.

I. Cela se traduit essentiellement par ...

1. De la mise en lien

Lieu-ressource

La coordonnatrice du PRAPS recueille un maximum d'informations quant aux actions mises en place en direction des publics concernés, tant par les institutions que par le tissu associatif local, afin de permettre une large diffusion de ces éléments à un maximum d'acteurs de terrain et la possibilité d'en faire bénéficier au plus de personnes susceptibles d'être concernées.

Elle peut également venir en appui pour le montage de dossiers en vue de la mise en place d'actions nouvelles. Cette aide est sollicitée particulièrement par le tissu associatif pour lequel

⁵ Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

les dossiers de demande de subvention, par exemple, sont souvent difficiles à remplir de manière pertinente, ce qui peut représenter un frein sérieux à la mise en place de ces actions. D'autre part, le bureau du PRAPS est un lieu où des éléments documentaires (en lien avec la santé des personnes en difficulté) sont à la disposition des partenaires locaux.

Temps de formation et d'échanges

Pendant les premières années, des réunions régulières des instances intéressées par le PRAPS, dans le cadre de Comités de Pilotage sous l'égide de la DDASS ou de comités techniques, ont été l'occasion de réunir les acteurs locaux afin de mieux cerner les difficultés rencontrées, de les prioriser, d'essayer d'élaborer des réponses adaptées au mieux aux réalités locales.

Dans le cadre du diagnostic territorial réalisé par la DDASS en 1999, il était ressorti que la prise en charge de la souffrance mentale était difficile et était pointée comme une priorité par les acteurs locaux sanitaires et sociaux. Des rencontres régulières, organisées pour les intervenants sociaux de l'arrondissement et animées par les médecins des services de psychiatrie du Département, ont permis une meilleure connaissance des acteurs entre eux et une meilleure connaissance mutuelle des pratiques professionnelles des uns et des autres. Ces rencontres se poursuivent toujours, à un rythme plus espacé.

D'autre part, la coordonnatrice du PRAPS s'attache à relayer toute information de temps d'échanges et de formation organisés départementalement ou régionalement afin de permettre à tous ceux qui pourraient être intéressés d'avoir accès à la connaissance de l'organisation de ces rencontres.

Mutualisation de moyens

A titre d'exemple, la prise en charge des personnes en situation de mal-être, a amené différents partenaires à réfléchir ensemble ; il en est ressorti la difficulté d'orienter une personne vers une consultation de psychologue, dans le public pour une question de délai et d'appréhension de la personne à franchir la porte de l'hôpital, dans le privé pour une question de coût.

C'est ainsi qu'un dispositif de soutien et d'écoute a pu être proposé à toute personne résidant sur le territoire et bénéficiant d'un accompagnement social.

Sa mise en place a été rendue possible par le rapprochement de la Mission Locale (public jeune), du PLIE (public demandeurs d'emploi), du PRAPS (publics fragilisés) et ainsi la mutualisation des financements provenant de la Région, de l'Europe et de l'Etat (DRASS).

Quatre psychologues libéraux sont conventionnés dans le cadre de cette action. Les accompagnateurs sociaux sont habilités à prendre contact avec eux pour leur orienter une personne qu'ils suivent. La personne peut bénéficier de cinq séances dont le coût est pris en charge par le dispositif. De plus, pour lever le frein de la mobilité, le psychologue peut recevoir la personne soit à son cabinet soit dans un lieu fixé conjointement par les trois parties (usager, accompagnateur, psychologue). Si le psychologue constate une pathologie sous-jacente plus grave qu'un simple état de mal-être, il accompagne alors la personne vers une prise en charge plus importante par la psychiatrie de secteur.

Après quelques années de fonctionnement, ce dispositif donne satisfaction car les travailleurs sociaux notent le bénéfice pour les usagers orientés qui sont eux-mêmes satisfaits ; d'autre part, l'orientation vers la psychiatrie de secteur reste tout à fait exceptionnelle.

Une difficulté nouvelle est toutefois survenue : le financement qui émanait de la Région Rhône-Alpes n'est plus reconduit, cette collectivité ayant jugé que la prise en charge du mal-être des jeunes ne relevait pas de ses compétences mais de celles de l'Etat. Un nouveau schéma de financement est donc en cours de construction.

2. Du soutien technique

Mise en place des PASS

Les PASS, Permanences d'Accès à la Prévention et aux Soins, sont des dispositifs spécifiques aux établissements hospitaliers qui en font la demande et dont l'objectif est d'améliorer l'accueil et la prise en charge médico-sociale des publics en difficulté par l'Hôpital.

La coordonnatrice du PRAPS a participé activement à la mise en place de ce dispositif sur les centres hospitaliers de Montbrison et de Feurs par un travail de réflexion mené avec les partenaires extérieurs. Il a été recherché à chaque fois la construction d'une réponse adaptée aux besoins exprimés par les partenaires ; c'est ainsi qu'un poste d'infirmière référente a été créé au centre hospitalier de Montbrison et un temps d'assistante sociale attribué à cette mission au centre hospitalier de Feurs.

Des rencontres régulières avec les membres du réseau local permettent aux centres hospitaliers de s'inscrire dans un travail partenarial développé, apportant une meilleure cohérence dans l'accompagnement médico-social des personnes fragilisées et améliorant ainsi son efficacité.

Actions de prévention

A la demande d'associations, la coordonnatrice du PRAPS intervient dans le montage, la mise en place, l'évaluation de projets.

A titre d'exemple, elle a été sollicitée par une association de Boën-sur-Lignon, impliquée dans le développement local, qui souhaitait mener une action de prévention de la consommation d'alcool par les publics jeunes en discothèque. Elle a suivi pendant près de 3 ans cette action : recueil de la demande de cette association, mise en forme du projet, rédaction de celui-ci et établissement d'un budget, recherche de partenaires (médecins des services d'alcoologie locaux, Prévention Routière) pour la formation des intervenants qui sont « des jeunes auprès des jeunes », recherche de financeurs, suivi du démarrage de l'action, évaluation régulière et adaptation de celle-ci... Ce suivi, intensif au départ, s'est allégé petit à petit, l'idée étant de conduire l'association à être autonome dans le portage de son action.

Actions d'éducation à la santé

De même, le PRAPS s'implique dans les actions d'éducation à la santé, soit pour que la dimension des publics en situation de précarité ne soit pas omise dans une action globale, soit pour permettre l'impulsion d'actions plus spécifiques.

A titre d'exemple, suite à l'intervention d'un élu d'Andrézieux-Bouthéon, sollicité par des médecins libéraux de sa commune interpellés par les pratiques d'un certain nombre de parents de jeunes enfants, le PRAPS a engagé une réflexion avec l'ensemble des partenaires petite enfance afin de voir quelle réponse apporter à cette interrogation. Une action sur plus d'un an a pu ainsi être menée à bien avec des temps de conférences « grand public », des temps d'échange avec des groupes animés par des spécialistes, un apprentissage des gestes d'urgence proposé aux parents, la constitution d'un fonds documentaire, ...

De même, le PRAPS est fortement impliqué dans une action d'éducation à la nutrition menée sur la ville de Feurs, à l'initiative d'un médecin hospitalier. Dans sa pratique professionnelle, ce médecin a ressenti un besoin dans ce domaine, a constitué une association pour pouvoir développer l'information et l'éducation de l'ensemble de la population de ce bassin de vie. La coordonnatrice apporte sa connaissance des acteurs locaux, des spécificités des publics fragilisés, afin de favoriser une vraie dynamique locale où chaque acteur trouve sa place et de permettre la meilleure intégration possible des publics précaires dans ce projet.

Il n'est pas question ici de développer l'ensemble des actions mais celles-ci sont assez représentatives pour être évoquées.

II. Les principales difficultés rencontrées relèvent ...

1. Des spécificités du public

La fragilité n'est pas qu'économique

Sur un territoire rural comme le Forez-Montbrisonnais, il n'y a pas ou très peu de « Sans Domicile Fixe » comme on peut en rencontrer dans les grandes agglomérations. La fragilité économique existe (beaucoup de petits revenus et de très maigres retraites), mais une des difficultés pointée de manière récurrente par l'ensemble des partenaires réside dans l'isolement. De plus, pour les populations les plus âgées en particulier, la démarche de se soigner n'est pas du tout une habitude de vie et il n'est pas rare de voir arriver aux urgences des personnes qui ne peuvent dire depuis quand elles n'ont consulté tant la dernière fois est éloignée dans le temps.

Peu ou pas de groupes constitués

Contrairement à ce qui peut se faire sur d'autres territoires où le PRAPS travaille de manière spécifique avec les lieux d'hébergement d'urgence, les équipes de rue, les associations d'accueil des populations d'origine étrangère, ... nous n'avons pratiquement pas la possibilité d'aller au devant des publics concernés par l'intermédiaire de telles structures, celles-ci n'étant pas développées sur le secteur.

Il n'y a pas de scission aussi marquée entre la population en général et les publics précaires, et c'est plutôt au travers des services de droit commun qu'il est possible d'agir, en ayant toujours à cœur d'apporter une attention particulière aux publics en difficulté. C'est ainsi que les Missions Locales, les centres sociaux, les associations d'aide à domicile, ... sont des interlocuteurs privilégiés car parmi les personnes qu'ils accueillent ou qu'ils aident, il y a des personnes qui ont besoin d'une aide spécifique.

Non-demande

Du fait de l'éparpillement du public que l'on souhaite toucher, de la culture rurale où il n'est pas fréquent d'exprimer facilement ses difficultés, il est délicat de faire émerger de la part des personnes des attentes quant à leur santé. Le travail s'effectue donc essentiellement à travers le ressenti des personnes qui accompagnent ce type de public, soit des professionnels d'institution, soit des bénévoles du tissu associatif qui font un travail important de proximité.

Mobilité

L'habitat dispersé (7 à 144 hab/km² selon les communes), les réalités géographiques (zones de moyenne montagne), des transports en commun ne correspondant pas toujours aux besoins, rendent difficiles la mise en place d'actions. Les kilomètres sont un frein pour réunir un minimum de participants : cela a un coût, représente du temps et de plus l'éloignement entraîne souvent une méconnaissance des personnes entre elles, ce qui implique en préalable un « temps de constitution du groupe » avant de pouvoir engager réellement un travail.

2. Des problèmes de financement

PRAPS : un dispositif sans budget spécifique

Le PRAPS ne dispose pas d'un financement spécifique pour les actions qui sont menées dans son cadre. Il s'agit donc à chaque fois de trouver des financeurs pour avoir les moyens nécessaires à la réalisation des projets qui émanent localement.

Manque d'implication financière des institutions et structures

La DDASS a souhaité que les acteurs locaux s'impliquent dans le travail du PRAPS en créant un comité de pilotage du dispositif ; celui-ci regroupait des représentants du Conseil Général, des élus de communes, des représentants de la CPAM, de la CAF, de la MSA, des centres

hospitaliers, des médecins libéraux, des associations d'aide à domicile ... L'idée était que les institutions puissent participer concrètement aux divers projets, y compris financièrement. Globalement, cela n'a pas été le cas, car à part une aide ponctuelle de la MSA sur certaines actions, les financeurs restent souvent uniquement la DDASS et l'URCAM.

Manque de lisibilité financière sur le moyen et long terme pour les actions engagées

Du fait du financement des actions suite à des réponses à appels à projets annuels, il est difficile de savoir ce qu'une action engagée deviendra dans le futur et comment celle-ci pourra être pérennisée ou développée. Or tout le monde sait que le travail fait en direction des publics fragiles est un travail qui demande du temps et qui ne trouve toute sa justification que si on peut lui laisser un délai suffisant.

Financement des actions de petite envergure

Le tissu associatif est très présent mais chaque association est, dans la plupart des cas, de taille modeste. Les actions qu'elles souhaitent porter sont souvent des actions qui ne demandent pas de budgets très lourds au regard des financeurs. Malgré tout, ceux-ci ne sont pas évidents à obtenir, les financeurs ne souhaitant pas disperser leurs fonds et privilégiant des actions de plus grande ampleur mais qui ne correspondent pas aux réalités de terrain du territoire sur lequel on agit.

De plus, quand des budgets sont toutefois sollicités, les délais de réponse pour l'obtention de ceux-ci restent un obstacle à la mise en place. En effet, les structures locales n'ont souvent pas la trésorerie nécessaire pour faire l'avance de sommes permettant le démarrage ou ne souhaitent pas faire l'avance de sommes dont elles n'ont pas l'assurance d'être remboursées.

3. Des logiques administratives

Logique de territoires

Le PRAPS travaille tout autant avec des partenaires du milieu sanitaire, social, administratif et politique. Or chaque institution a son propre découpage territorial (ex : secteurs de psychiatrie, territoire d'action social, communauté d'agglomération, canton, ...). Cela complique beaucoup dans le choix du cadre géographique dans lequel on peut intervenir et est souvent un frein à l'implication de tel ou tel partenaire potentiel.

Lourdeur des dossiers

Comme indiqué précédemment, le tissu associatif est un élément essentiel mais qui recouvre de multiples unités de petite taille. L'aspect « administratif » est très lourd pour ces associations et le montage de dossiers, la participation à des réunions institutionnelles en journée, la méconnaissance des dispositifs, fait souvent peur aux bénévoles qui n'ont pas de formation particulière et qui ne s'y retrouvent pas forcément. Le PRAPS représente à ce sujet une aide concrète et permet l'émergence d'actions qui n'auraient peut-être pas vu le jour sans son appui.

Distance entre les pratiques « professionnelles » et « bénévoles »

Il n'est pas toujours évident de faire cohabiter les pratiques des professionnels et des bénévoles. En effet si les premiers sont riches de leurs connaissances théoriques, ils fonctionnent avec des procédures et des cadres bien établis ; les seconds sont, au contraire, spontanés et ont une connaissance souvent fine du terrain et des personnes. Ces deux logiques doivent se découvrir mutuellement et apprécier leur complémentarité. Mais cela demande aussi du temps...

III. Conclusions

En conclusion, le travail engagé dans le cadre du PRAPS sur le territoire du Forez-Montbrisonnais répond bien à une demande très forte du terrain, les acteurs locaux ayant à cœur de faciliter l'orientation des publics précaires et d'améliorer leur accès aux soins.

L'animation du réseau permet de produire de l'information, la participation active des acteurs de terrain autour des projets de prévention, la création progressive de lien, le développement de pratiques d'action collective, le transfert de savoirs permettant aux partenaires de s'approprier les outils et la méthodologie de conduite de projets.

En dehors des difficultés évoquées ci-dessus, un aspect reste certainement à améliorer : la sensibilisation et la mobilisation des professionnels du milieu médical à une logique de travail en partenariat. En effet, il est encore délicat d'impliquer le secteur médical et particulièrement le milieu libéral ; par manque de temps, par manque de pratique d'un travail en réseau, les soignants sont insuffisamment représentés dans le partenariat local mis en place autour de la problématique des personnes fragilisées.



Travaux de recherche

Relation d'aide dans le champ social et orientation vers le soin : quels enjeux dans cette articulation ?

Audrey GONIN,
Doctorante, Chargée de cours
(Département de Psychologie sociale, Université Lyon II)
et Psychologue (G23, centre hospitalier de Saint-Cyr au Mont d'Or), Rhône

La prise en compte des enjeux relationnels quand une orientation est proposée par des professionnels du champ social est un élément important : pour que l'orientation et l'articulation entre intervenants se déroule de manière satisfaisante, une attention doit être portée sur le lien aidant/aidé, et sur les enjeux qu'une orientation soulève dans cette relation. Nous tentons de mettre en lumière les différents enjeux mobilisés dans le passage d'un relais à une tierce personne, et plus particulièrement quand une orientation vers le soin est proposée.

Le thème « santé et insertion » qui fait l'objet de cette journée de réflexion renvoie, entre autres aspects, à la question de l'*orientation* des personnes reçues par des professionnels du champ social et de l'insertion vers des acteurs de soin, que ce dernier se situe (principalement) sur le plan somatique ou sur le plan psychique. Parallèlement à la question de l'orientation, des enjeux sont à l'œuvre autour de l'*articulation* des interventions des différents professionnels : comment, au-delà de l'orientation, vont s'articuler les rôles des soignant-e-s et des aidant-e-s recevant des personnes dans le cadre d'un accompagnement social ou à visée d'insertion ? Il est important de prendre en compte, dans ce questionnement, les enjeux relationnels, car ceux-ci ont une portée majeure dans la mise en place d'une orientation, mais aussi, ensuite, dans le devenir des prises en charge sociale et thérapeutique.

L'orientation d'une personne vers un-e autre praticien-ne, même si le rôle tenu par cet autre est différent, vient en effet toujours questionner la relation établie entre aidant-e et aidé-e. Or, la question du lien, et plus particulièrement de sa fragilité, est souvent centrale pour des personnes vivant des situations de précarité ; elle concerne aussi plus largement notre société traversée par des processus d'individualisation et donc de déliaison.

Par ailleurs, l'articulation de l'accompagnement social et du soin ne se fait pas toujours aisément, car elle vient bousculer les fonctionnements institutionnels en requérant des échanges entre professionnels appartenant à différentes institutions, et par conséquent une communication « méta-institutionnelle » qui pose là aussi des enjeux complexes. Ceci interroge l'identité professionnelle, la place de chacun, celles-ci ne pouvant jamais être complètement et définitivement déterminées et délimitées. Or la relation des professionnels avec les personnes aidées ou soignées s'appuie sur ces repères qui aident à définir le rôle. Ainsi, le lien établi peut être « dérangé », ce qui peut par ailleurs avoir des effets positifs. Ce travail a tenté d'apporter des éléments de compréhension concernant ce qui peut se jouer au moment de l'orientation⁶ d'une personne reçue par un intervenant social, et autour de

⁶ Notre propos dépassera parfois le cas particulier de l'orientation vers le soin, pour s'élargir aux enjeux, plus généraux, à l'œuvre quand un intervenant social oriente une personne vers un tiers.

l'articulation de pratiques différentes. Les difficultés, ou les obstacles qui peuvent être rencontrés ont été analysés ainsi que les aspects positifs, qui seront soulignés en conclusion.

Ce que nous mettons en lumière ici s'appuie sur un travail de recherche mené avec différent-e-s intervenant-e-s du champ social et de l'insertion (assistant-e-s de service social, conseiller-e-s en insertion, éducateur/trice). Nous les avons rencontrés dans le cadre de la recherche-action « Précarité, rapport à la santé et aux soins » conduite à Givors par C. Durif-Bruckert⁷. Ainsi, les éléments apportés ici reposent sur le point de vue de ces intervenants sociaux⁸. Si nous n'avons rencontré que celles et ceux ayant la place de « l'aidant-e », ce point de vue permet néanmoins de comprendre ce qui peut se jouer aussi du côté de « l'aidé-e ». Des extraits d'entretiens illustrent les différents aspects que nous avons pu repérer.

I. Les enjeux pour les aidant-es

La perte du lien ou d'informations

« Le retour par rapport aux médecins, au service hospitalier, une fois qu'ils ont la personne, hé bien c'est vrai qu'on n'a pas forcément le lien possible, sauf avec les services sociaux, mais qui sont souvent déjà bien engorgés, donc c'est pas évident de travailler, quoi. » (une assistante sociale)

« On passe beaucoup de temps à faire des liens, parce que si la personne n'est pas venue nous voir on ne connaît pas la décision, donc il faut recontacter... » (une assistante sociale)

Ces citations montrent bien que l'un des principaux enjeux, autour de l'orientation, est le devenir du lien établi avec la personne, celui-ci pouvant être fragilisé par le passage vers un autre espace. Nous voyons bien, ici, que l'articulation entre professionnels est importante lors de ces passages.

Quel rôle et quelle place pour chaque intervenant-e ?

« Enfin ce qui est compliqué, là, c'est que ... qui la suit ? Est-ce que c'est la collègue de la mairie, est-ce que c'est moi ? C'est très flou. » (une assistante sociale)

« Elle a lâché le psychiatre donc moi j'avais un peu peur aussi des résultats, mais bon, avec le travail d'accompagnement, elle m'a demandé d'augmenter la fréquence de nos rendez-vous. » (une conseillère en insertion).

La co-intervention de différents professionnels vient questionner le rôle joué par chacun avec la personne aidée : dans quelle mesure ces rôles se complètent-ils, se différencient-ils, s'entrecroisent-ils ? C'est bien l'identité professionnelle qui est réinterrogée dans ces moments. La réponse ne pouvant être généralisée à toutes les situations, puisque chacune a sa spécificité, elle est souvent à construire en fonction de la demande de la personne et des possibilités institutionnelles, mais aussi en prenant en compte la relation existant entre aidant et aidé.

Limites ou échec de l'accompagnement

« Je suis à l'écoute, disponible par rapport aux personnes mais je ne peux pas entendre ... enfin y'a des choses que je peux pas entendre, moi je suis vraiment sur de la recherche d'emploi. Donc être à l'écoute mais savoir réorienter aussi. » (une conseillère en insertion)

« Un monsieur que j'avais orienté vers une mesure ASI, il avait mis en échec toutes les étapes de parcours que je lui ai proposées, y'a eu plusieurs mises en échec... » (une conseillère en insertion)

⁷ Dans le cadre d'une convention entre l'Université Lyon II et le Conseil Général du Rhône

⁸ Dix entretiens semi-directifs ont fait l'objet d'une analyse thématique et qualitative.

Si l'orientation vers une tierce personne est liée, pour les praticien-ne-s, au fait d'avoir atteint les limites de son intervention, ou à un sentiment d'échec, ceci aura un effet sur le lien aidant/aidé, mais aussi sur ce qui pourra se jouer avec le nouvel intervenant. Cet effet peut être positif ou négatif, selon la manière dont cette impossibilité est vécue par l'aidant et par l'aidé.

Pas de solution d'orientation

« Et ce qui me gêne, moi, c'est qu'au niveau de l'orientation du CMP ou CMPP, c'est qu'on peut même plus prendre de rendez-vous. » (une éducatrice)

« Ben du fait qu'on ait moins de possibilités, (...) quelqu'un qui était à la rue, (...) il est venu exploser deux ou trois fois ici, quoi. C'est des rouages de plus en plus compliqués qui font que les gens viennent exploser ici, quoi. » (une assistante sociale)

Quand un professionnel sent qu'il est pertinent de passer un relais, le fait de ne pouvoir mettre en œuvre ce relais peut le mettre en difficulté : assumer un rôle ou une situation que l'on ne pense pas devoir assumer rend l'intervention complexe. Par ailleurs, certaines situations ne peuvent être "solutionnées", au moins à un moment donné, et le praticien se sent impuissant face à la souffrance morale dont témoignent les personnes. Cette souffrance, qu'elle soit d'ordre existentiel ou lié à une pathologie mentale, peut être déposée dans l'espace qu'offre l'intervenant-e social-e, et l'affecte humainement. Comment ne pas se sentir démuni-e face à cela ? Enfin, il est également complexe d'identifier les besoins des personnes. Par exemple, une indication de psychothérapie n'est pas systématiquement pertinente pour des personnes qui souffrent beaucoup⁹, mais comment le déterminer ? Quelles compétences cela nécessite-t-il ?

II. Les enjeux pour les aidé-e-s perçus par les intervenant-e-s

Difficulté de réinvestir une autre relation et répétition de son « histoire »

« Avec certaines personnes, on ne veut pas se permettre de leur dire ça me concerne pas, ça me regarde pas, on est obligé d'écouter, et puis après d'orienter. (...) Donc le fait d'écouter déjà, pour eux, c'est déjà comprendre à moitié leur problème, et puis ensuite, ils pensent que le problème peut être résolu par la personne qui les a écoutés. Et rediscuter de leur problème avec une autre personne, c'est lourd pour eux, c'est difficile. » (une éducatrice)

Quand une relation a été investie avec un-e praticien-ne, ce qui se traduit par un lien de confiance, il est difficile pour la personne accompagnée d'avoir à créer de nouveau ce lien avec un autre interlocuteur. Par ailleurs, la répétition de son récit de vie peut avoir des effets pervers, dans le sens où la personne, à force de raconter son "histoire", c'est-à-dire les difficultés qu'elle rencontre ou qui ont jalonné sa vie, peut s'identifier fortement à ces aspects de son parcours. Il peut alors se produire une identification au stigmaté (être "une femme battue", "un alcoolique", "une anorexique"...), identification sur le négatif dont il est difficile de se détacher par la suite.

La « segmentation »

« C'est à dire qu'avant on prenait la personne dans sa globalité, on faisait le point, et puis on l'aidait dans son orientation. On travaillait avec l'ANPE, on travaille toujours, mais c'est vrai que maintenant on oriente beaucoup vers toutes ces structures qui prennent la personne dans le cadre de son insertion professionnelle. Y'a une sorte de coupure de l'individu, en fait, dans sa vie. » (une assistante sociale)

⁹ Parfois, les groupes à médiation thérapeutique constituent une réponse plus appropriée, le face-à-face et la parole pouvant être trop douloureux pour la personne.

Le fait d'avoir à s'adresser à des personnes et des endroits différents concernant les divers aspects de sa vie (le logement, le travail, la santé...) peut créer une forme de segmentation entre ces aspects qui sont en fait interdépendants les uns des autres. Le bon sens des praticien-ne-s permet souvent de limiter les effets, pour les individus, de cette complexité institutionnelle où la spécificité de chaque intervenant-e entre en contradiction avec la cohérence¹⁰ d'un ensemble, du point de vue des personnes accompagnées.

« Errance institutionnelle »

« Si on se rend compte que la personne est passée par toutes les structures, et est toujours dans la même situation, on ne va pas tout recommencer, quoi. » (une conseillère en insertion)

« Elle a suivi une mesure ASI pendant un an et après elle a repris contact avec moi. » (une conseillère en insertion)

Cette segmentation peut, à la limite, se transformer en une errance d'institution en institution, d'intervenant à intervenant, ce parcours n'ayant plus de sens pour les personnes ni pour les intervenant-e-s. Un ancrage relationnel étayant pour la personne ne peut se constituer, dont les causes sont aussi à élucider du point de vue de la relation.

III. En conclusion : Des écueils qui ne sont pas insurmontables, et une mise en travail du lien qui peut avoir des effets positifs

Ainsi, les écueils sont nombreux lorsqu'un professionnel oriente une personne vers un tiers, mais ils ne sont pas insurmontables si l'on prend le temps d'observer et d'élaborer ce qui se produit dans ces passages, en prenant en compte les enjeux relationnels qu'ils soulèvent. D'autre part, malgré les difficultés et obstacles, des aspects très positifs aussi, du point de vue de la relation, sont à mettre en avant. La co-intervention peut permettre de croiser les regards portés sur une situation, et ainsi d'élargir et d'ajuster les points de vue :

« Le fait qu'on ait des partenaires et qu'on n'agisse pas tout seul, c'est à dire qu'on prenne en compte les partenaires d'une institution différente, y'a des échanges aussi entre nous et ça c'est intéressant, parce qu'on confronte nos points de vue, c'est un travail d'équipe. » (un conseiller en insertion)

Elle permet également de faire appel à un tiers pouvant réguler les enjeux relationnels qui prennent nécessairement place dans l'interaction aidant/aidé, et qui deviennent parfois problématiques au regard des missions confiées au professionnel (en cas de conflit ou d'incompréhension importants, par exemple).

« La collègue assistante sociale du centre médico-psychologique m'a appelée en me disant qu'elle se proposait de l'accompagner ici pour faire le point sur les problèmes financiers. (...) J'avais peut-être besoin aussi de son éclairage, enfin d'un tiers peut-être pour reprendre contact. » (une assistante sociale)

Ainsi, ces enjeux multiples et complexes en rapport avec le lien aidant-e/aidé-e sont à prendre en compte lorsqu'une orientation est proposée. Cette prise en compte nécessite des temps de réflexion et d'élaboration collectives dont les modalités peuvent être variées (travail de partenariat, analyse de la pratique, temps d'échanges plus informels entre professionnels...). Ils permettent en effet d'éviter les écueils que nous venons de décrire à propos de l'articulation des interventions avec des personnes en situation de précarité. Le principal obstacle à ce travail de réflexion et d'articulation est le temps qu'il nécessite, temps souvent peu pris en compte dans le cadre des missions confiées aux intervenant-e-s par leur institution. Cette reconnaissance institutionnelle, associée à une réflexion sur les enjeux relationnels soulevés par l'orientation, nous semble être une clé importante pour ces passages de relais.

¹⁰ Au sens étymologique : qui tient ensemble



Travaux de recherche

Temps de l'urgence, temps du projet : La rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situation de précarité

Nicolas FIEULAINÉ,
Docteur, Chercheur au Groupe de Recherche en Psychologie Sociale
(GREPS), Université Lyon II

L'accompagnement des personnes en situation de précarité pose de manière centrale la question de l'établissement d'une certaine temporalité, qu'il s'agisse du rapport au passé, au présent ou au futur. Différentes recherches en psychologie sociale suggèrent l'importance du rapport au temps dans l'expérience des situations de précarité et leur impact sur les problématiques socio-sanitaires. A partir de nos travaux, nous tracerons quelques pistes qui peuvent constituer des angles d'analyse utiles pour l'intervention sociale et/ou sanitaire, par la prise en compte des « lignes de vie » et des temporalités en jeu dans l'accompagnement des populations confrontées à la précarité.

Introduction

Si la précarité est à l'heure actuelle une notion centrale dans les débats sociaux, les sciences humaines et sociales dans leur ensemble sont encore à la recherche d'une définition satisfaisante pour caractériser ce qu'elle recouvre. Au-delà des enjeux posés par sa définition, la précarité pose un ensemble de questions à l'aide et à l'accompagnement socio-sanitaires, et oblige à repenser en partie leurs modes d'action. Si la compréhension de l'expérience qu'en font ceux qui la vivent peut permettre de mieux analyser les modalités du recours à l'aide et aux soins, ainsi que les difficultés ou les obstacles à la mise en place et à l'action des dispositifs d'accompagnement, elle amène également à s'interroger sur les fondements psychosociaux des nouvelles formes de vulnérabilisation.

Les situations de précarité : le « temporaire en permanence »

Revenir à l'étymologie du mot « précaire » permet en partie de mettre en évidence les dimensions essentielles et spécifiques que le phénomène de la précarité recouvre : « *precarius* : ce qui s'obtient par la prière, et qui est susceptible d'être retiré à tout moment ; *précaire* : caractère de ce qui est instable, incertain » (Dictionnaire Historique de la Langue Française, Larousse, éd. 2000). Ainsi, si les situations de précarité constituent un ensemble de situations hétérogènes et multifactorielles, leur aspect commun est d'être marquées par l'instabilité et l'incertitude générées par la déstabilisation des trajectoires sociales et la précarisation de l'emploi ou du travail (contrats précaires, chômage récurrent, sous-emploi, sous-traitance, externalisations, délocalisations...). Ce que Béatrice Appay¹¹ appelle la double institutionnalisation de l'instabilité (économique et sociale) constitue le cœur de la notion de précarisation sociale, c'est-à-dire des processus de « mise en précarité » d'une part de plus en plus importante de la

¹¹ B Appay & A Thébaud-Mony, « Précarisation sociale, travail et santé », Ed. IRESCO, Paris

population. Si la précarité, comme le dit Bourdieu, « *est aujourd'hui partout* »¹², c'est que les salariés en contrat stable sont sous la menace de licenciements, les salariés en contrats précaires sont en situation d'instabilité salariale, et les chômeurs sont menacés périodiquement d'une révision de leurs droits aux aides sociales. C'est également l'ensemble de l'édifice de la protection sociale qui se trouve déstabilisé, et qui doit faire face à l'irrégularité et à la discontinuité des trajectoires socioprofessionnelles qui la mettent en échec et instituent des conditions d'insécurité sociale.

La notion de précarité n'est assimilable ni à l'exclusion, ni à la pauvreté, ni à l'inégalité, mais renvoie bien à des modes d'insertions sociales spécifiques qui ont pour principe d'être instables¹³. Entre hier, aujourd'hui et demain, le statut social aura pu changer trois fois, donc le présent ne se présente pas comme un statut, si l'on confère à cette notion quelque caractère de durée. Cette instabilité qui pèse comme une menace peut concerner tous les domaines d'existence. Les situations peuvent ainsi être précaires au niveau des revenus, de l'emploi, du logement, ou de la protection sociale, de manière variable. Chacune de ces dimensions, et plus encore le cumul des instabilités, introduit d'une part une fragilisation, c'est-à-dire une diminution de la protection à l'égard des risques de difficultés sociales (pauvreté, exclusion, déclassement), et d'autre part une vulnérabilisation, c'est-à-dire une plus grande probabilité d'être exposé à des événements ou situations aux conséquences négatives, une plus grande gravité de ces conséquences, et une diminution des possibilités de mobiliser des ressources face à ces difficultés et leurs conséquences.

Expériences de la précarité et rapports au temps

Si ce constat d'une déstabilisation des statuts sociaux paraît clair, il reste malgré tout à prendre la mesure de ses conséquences sur ce que vivent les personnes qui y sont confrontées. Au-delà d'être un ensemble d'insertions sociales définissables objectivement par des critères socio-économiques, les situations de précarité sont également des expériences subjectives et leur définition au présent apparaît insuffisante pour décrire ces expériences et leurs conséquences. Si l'instabilité est vécue, c'est qu'elle s'est également établie au niveau d'une part du futur anticipé, dans une perception insécurisante de l'avenir, et d'autre part des trajectoires biographiques et des ruptures de plus en plus nombreuses qu'elles contiennent. Il s'agit alors d'expériences personnelles de l'instabilité, situées à l'articulation du passé et du futur, de l'incertitude de l'avenir et de la fragilisation biographique qu'impliquent les ruptures, tournants, ou discontinuités qui affectent les trajectoires sociales. Comme l'a souligné DeConinck « *la possibilité de construire des récits de vie qui « se tiennent » s'amenuise. Les coups de théâtre se multiplient. Les temporalités contradictoires s'exacerbent. Le présent, de la sorte, élimine le passé autant que l'avenir* »¹⁴. Tenter de comprendre ces expériences, c'est se demander : comment vivre dans des situations où le passé est complexe et parfois incohérent, où le présent est marqué par l'instabilité et l'insécurité, et le futur par l'aléatoire et l'incertitude ?

Si cette question est cruciale pour les acteurs de l'aide et de l'accompagnement socio-sanitaire, c'est que leur action repose elle-même sur un certain rapport au temps. Prenons simplement deux exemples : Dans le cadre de l'aide au retour à l'emploi, quelle est la logique temporelle d'une intervention fondée sur le *curriculum vitae* pour élaborer un projet professionnel, si ce n'est d'établir une continuité entre le passé et un futur défini par les actes concrets du présent ? Dans le cadre de la prévention sanitaire, le message cherchant à convaincre d'abandonner des conduites à risque, ou de s'engager dans des conduites de

¹² P. Bourdieu « Contre-feux » (p 95-101) Ed. Liber, 1998.

¹³ S. Paugam « Le salarié de la précarité », Ed. PUF Paris, 2000.

¹⁴ F. Deconinck « Une mise en intrigue instable de temporalités hétérogènes », Ed. Temporalistes 44, 2002.

prévention ne repose-t-il pas fondamentalement sur l'idée que ce que l'on fait au présent engage l'avenir ? Ces logiques temporelles s'appliquent également aux rapports que les bénéficiaires entretiennent aux dispositifs. Avoir recours à l'aide ou aux droits sociaux, c'est concevoir sa situation comme durable (condition de l'identification d'un besoin et de la possibilité d'envisager une solution) et s'engager dans une pratique de planification, c'est à dire de mise en œuvre d'actions présentes en vue de transformer l'avenir. Parler de la nécessité d'établir une « relation de confiance » entre dispositifs et usagers, c'est se situer dans un contexte de stabilité, de fidélité de l'avenir à l'égard du présent et du passé.

Perspectives temporelles

Ce que soulignent ces considérations, c'est qu'une situation présente contient en elle un certain passé et un certain avenir. Il ne s'agit pas d'aller chercher des causes dans l'avant, ni de trouver des conséquences dans l'après, mais de prendre en compte le fait que toute situation psychologique (vécue et pensée par un acteur) ait une profondeur temporelle qui participe à lui donner sa signification. Comme la perspective spatiale donne un certain sens à une image, la perspective temporelle participe à donner leurs significations aux expériences, aux comportements ou aux situations rencontrées par les individus ou les groupes.

Vit-on de la même manière une situation d'exclusion selon le point de vue que l'on porte au présent sur son passé et son futur ? Nos travaux permettent de confirmer dans le cadre de problématiques actuelles la réponse négative que proposait il y a plus d'un demi-siècle un psychologue social fameux, Kurt Lewin. Pour Lewin, « *le champ psychologique d'un individu, loin d'être limité à ce qu'il considère comme la situation présente, inclut le futur, le présent, et également le passé. (...) L'état d'esprit d'un individu à chaque instant dépend de sa perspective temporelle totale* ». Cette notion de *perspective temporelle* permet de tenir compte de la temporalité des situations vécues et du fait que cette « *temporalité ne se réfère pas au passage linéaire du temps, mais à la manière dont un individu s'ancre dans le présent, qui prend son sens au travers des expériences passées et du futur anticipé* »¹⁵. Si cette profondeur temporelle, offerte par la présence au présent du passé et du futur introduit la possibilité que des situations similaires soient vécues de manière diversifiée, leurs significations subjectives et donc leurs répercussions sur les pratiques, les représentations ou encore sur ce qu'il a convenu d'appeler la « qualité de vie » seront elles-mêmes diverses¹⁶.

Ce que nos travaux, appuyés à la fois sur des recherches quantitatives et qualitatives, permettent de suggérer, c'est que cette profondeur temporelle agit comme un élément du contexte dans lequel se trouvent les individus et les groupes¹⁷. Ainsi, les vécus attachés aux situations de précarité sociale ne reposent pas seulement sur les conditions présentes, mais également sur les « lignes de vie », c'est à dire sur le présent intégré à un parcours, à une trajectoire comprenant le passé et l'avenir. Tenter de saisir ce qu'est dans sa complexité la situation d'une personne pour mettre en place une aide ou un accompagnement c'est donc considérer, au-delà des indicateurs objectifs et des perceptions subjectives attachés au présent, comment ce présent est en quelque sorte éclairé par le passé et l'avenir. Explorer cette dimension du rapport aux conditions sociales, c'est aussi dévoiler en partie ce qui sous-tend le rapport à l'aide et aux institutions qui la mettent en œuvre. Quelle est la temporalité du recours à l'aide ? Quels supports ou quels freins cette temporalité implique-t-elle pour les

¹⁵ K Davies "Capturing women's lives" : A discussion of time and methodological issues. *Women's Studies International Forum*, 19, 579-588, 1996.

¹⁶ N Fioulaine, T Apostolidis & F Olivetto « Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la Perspective Temporelle », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 72, 51-64, 2006.

¹⁷ N Fioulaine « Perspective temporelle, précarité et santé : une approche psychosociale du temps ». Thèse de Doctorat en Psychologie Sociale, Université de Provence, 2006 (cf. : <http://archives.univ-lyon2.fr/>).

formes temporelles de l'aide et de l'accompagnement que représentent l'urgence, le projet ou encore la mise en ordre des parcours ?

Suradaptations et résistances : politiques du temps

Si ces mises en perspective temporelles peuvent permettre une approche compréhensive des situations de précarité, il n'en reste pas moins que les acteurs de l'aide, de l'accompagnement ou de la prévention sanitaire et sociale n'ont pas pour seule vocation de comprendre mais également d'intervenir. A ce titre, il pourrait être séduisant de considérer que la profondeur temporelle des situations vécues introduit une « marge de manœuvre », un « degré de liberté » propice à une intervention psychosociale, centrée sur une reconstruction subjective du passé individuel ou sur une sorte de rééducation à la projection dans l'avenir. Effectivement, ces dimensions psychosociales offrent un support à des médiations, par l'usage du CV ou du projet non plus seulement à visée instrumentale ou de contrôle mais pour travailler sur la signification des situations, et donc sur leurs répercussions. Mais considérer que ces médiations peuvent en elles-mêmes résoudre, ou participer avec d'autres à résoudre, les difficultés que pose l'intervention socio-sanitaire, ce serait oublier la dimension éminemment sociale du rapport au temps, qui ne repose pas seulement sur les expériences individuelles et les conditions d'existence, mais également sur des représentations sociales, des idéologies, qui légitiment et valorisent certaines temporalités.

Si le temps offre un degré de liberté, par la dimension volontaire ou intentionnelle de la reconstruction du passé et de la construction du futur, ce passé et ce futur se trouvent en même temps déterminés par leur ancrage fondamental dans un présent structuré par les dimensions concrètes et symboliques d'un système social. Puisque c'est à partir du présent que l'on se projette vers le passé et l'avenir, les conditions de ce présent déterminent cette part de liberté qu'impliquent les perspectives temporelles. A ce titre, vouloir transformer ces perspectives sans que cette transformation implique celle du présent relève d'un usage particulier de la puissance de l'imaginaire, usage que la psychologie sociale connaît bien puisqu'il relève de la rationalisation. Ainsi, vouloir transformer les perceptions du passé et de l'avenir, sans que ces transformations ne s'accompagnent de changements concrets des conditions sociales présentes, c'est travailler à adapter les individus à ces conditions, et donc à les pérenniser. Retrouver la maîtrise du futur dans un contexte de précarité sociale sans qu'elle n'entraîne la remise en cause concrète de cette précarité ne peut alors passer que par une valorisation suradaptative de la prise de risque, seul principe pratique à même de donner un sentiment de contrôle en contexte d'incertitude.

Prendre en compte cette dialectique du temps demande également à ce que chacun s'interroge sur la cohérence des temporalités individuelles en rapport aux temporalités sociales. Ainsi peut-on par exemple se demander quelle valeur est attachée, au niveau collectif, à la projection dans un avenir à long terme. Dans un contexte marqué par le capitalisme financier et l'accélération des échanges marchands, le court terme, l'urgence et l'aléatoire apparaissent les temporalités légitimes, ou en tous les cas les plus adaptées. N'est-il pas dans ce cadre illusoire, de prétendre restaurer une projection dans l'avenir dans un environnement social qui dresse tous les obstacles possibles à la planification réaliste d'une trajectoire sociale ? N'est-il pas contre-productif d'étayer une intervention sur la mise en ordre de parcours dont l'incohérence est le principe sociologique ? Ce que soulève ces remarques, c'est la limite inhérente à toute intervention au niveau individuel concernant des phénomènes qui s'ancrent dans des fonctionnements, concrets et imaginaires, collectivement légitimés. La restauration du temps long de l'histoire collective, passée et future, est la condition incontournable pour que des sujets individuels puissent s'inscrire dans le temps, dans leur temps, et ainsi constituer à part entière des sujets sociaux. La question est donc bien celle de l'adaptation à l'instabilité institutionnalisée, dans une perspective d'insertion, ou

de la résistance à la déstabilisation des trajectoires sociales, dans une perspective de prévention qui renvoie davantage à la politique, dans le sens plein du terme, c'est à dire aux prises de positions mineures et majeures qui cherchent à rétablir les bases collectives d'une construction de l'optimisme humain. Approche compréhensive des expériences, et conscience politique de leur ancrage social sont donc les deux appuis qui peuvent permettre, face aux processus de précarisation, de construire les conditions d'une inscription de sujets dans le temps collectif, condition de leur inscription dans l'espace social, et inversement.

Accompagner à l'accès aux soins et à la santé : points de repères

Mathilde MORADELL,
Chargée de projet au CRAES-CRIPS, Rhône

L'accompagnement met les acteurs dans une situation paradoxale : concilier l'envie d'intervenir et l'intention de développer l'autonomie de l'autre, l'accompagné, objet de mes soins et sujet de sa santé ; mobiliser des ressources dans un contexte, la précarité, qui est associée précisément au déficit, à l'absence de ressources. La personne accompagnée se retrouve au centre d'un triangle : le cadre d'intervention (entre souplesse et sécurisation), la pratique d'accompagnement (entre proximité d'humanité et distanciation) et une démarche partenariale (entre connaissance et bienveillance construite dans la durée). Des repères pourront être dégagés à l'issue des interventions de la table ronde ; ils seront illustrés depuis l'expérience du réseau des structures d'éducation à la santé.

Si tout le monde s'accorde sur le fait qu'il est nécessaire d'accompagner les personnes en difficulté vers la santé, les réponses concernant « le pourquoi accompagner vers la santé » et le « comment accompagner » sont très diverses, selon l'ancrage professionnel, les caractéristiques des populations avec lesquelles on travaille, l'organisme ou l'institution dans laquelle on se trouve etc. La question du sens de l'accompagnement et de la place des personnes accompagnées, de leurs désirs et de leur trajectoire peuvent alors être posées. Une question majeure se pose : Accompagner vers la santé, qu'est-ce que cela signifie ? Des éléments de repère sont proposés ici. Ils s'appuient sur l'expérience du réseau régional d'éducation pour la santé, notamment sur les conclusions d'une rencontre régionale organisée en 2001 sur l'accompagnement vers la santé.

Accompagner vers... la santé

Parce que la précarité est d'abord une trajectoire jalonnée de privation de droits, de sécurité, de ressources, de soins, d'éducation, d'accès à la culture..., le souci de soi peut devenir « étranger », être mis à distance. Face à cette personne en situation de précarité, le professionnel exprime d'abord un enjeu de soins. Mais, le désir de santé, l'expression d'un souci de soi ne peut être questionné et donné à voir que dans le cadre d'une relation centrée sur l'acte d'accompagner.

C'est dans cette perspective que se situe précisément l'éducation pour la santé qui, comme le souligne Ph. Lecorps, est un acte d'accompagnement :

- du sujet individuel désirant et contradictoire,
- du sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint,
- du sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de vie.

Dans le cadre d'une intervention auprès de personnes en situation de précarité, les principes ne sont pas différents de ceux qui sont mobilisés au bénéfice d'autres catégories de population. Néanmoins, l'expérience acquise par les professionnels en éducation pour la

santé montre que toute action dans le champ de la précarité comporte des enjeux surdimensionnés par rapport à ceux que l'on rencontre par ailleurs¹⁸.

Un respect, une vigilance accrue aux principes éthiques et méthodologiques d'intervention se dessine alors. Et le sens de l'action est davantage questionné.

La philosophie, comme possibilité de penser la « chose sociale et par delà la chose humaine » peut être aidante. C'est cette possibilité qu'offrait M.C. Zinck, philosophe, lors d'une journée régionale sur l'accompagnement vers la santé¹⁹.

Accompagner... un acte clair-obscur

Pour M.C. Zinck, « *l'acte d'accompagner nécessite que soit reconnue, vécue, une faille, une fragilité, une dépendance radicale à l'autre. Cette faille va créer en soi un creux, un espace où vont pouvoir se loger, se poser, se re-poser la détresse, la fragilité, la demande d'aide, les projections positives ou négatives d'un autre. Ce creux devenu ainsi lieu de dépôt ne sera pas un dépôt stérile si et seulement si celui qui reçoit reste vigilant sur le fait qu'il n'en est pas le propriétaire mais le dépositaire afin d'établir en lui un espace de jeu autour de ce dépôt qui permettra à l'un comme à l'autre d'être véritablement dans une relation d'accompagnement. Pour que ce jeu puisse véritablement advenir, un certain silence, une certaine obscurité doit être maintenue autour de ce qui a été ainsi déposé²⁰.* »

Ainsi, se dessine une relation qui met en scène l'accompagné et l'accompagnant autour d'un creux où peuvent être déposées les détresses mais aussi les envies. L'acte d'accompagner c'est ainsi donner la possibilité d'un regard qui en-visage l'autre et lui donne visage depuis ce clair-obscur. Ce possible n'est cependant avéré que lorsque l'accompagnant, tout comme l'accompagné, se reconnaît face à l'autre, en position de fragilité et d'humanité.

Comme le souligne M.C. Zinck, accompagner c'est ainsi donner à l'autre les conditions pour que puisse venir s'inscrire dans ses yeux ce qu'il ne pourra voir que plus tard, à savoir l'au-delà du possible, l'Amérique...

Quelles tensions, quelles dimensions peuvent alors être lues pour que se dessine cette Amérique ? Nous avons imaginé un triangle d'intervention.

Accompagner... un triangle d'intervention

Accompagner une personne en situation de précarité, c'est être situé, en tant que professionnel, dans une situation paradoxale depuis :

- l'enjeu de concilier l'envie d'intervenir et l'intention de développer l'autonomie de l'autre, l'accompagné, objet de mes soins et sujet de sa santé ;
- l'enjeu de mobilisation de ressources dans un contexte, la précarité, associée précisément au déficit, à l'absence de ressources.

¹⁸CFES/CRES/CODES « Les principes éthiques et méthodologiques du réseau des comités d'éducation pour la santé appliqués au champ de la précarité », Groupe de travail autour des ateliers santé

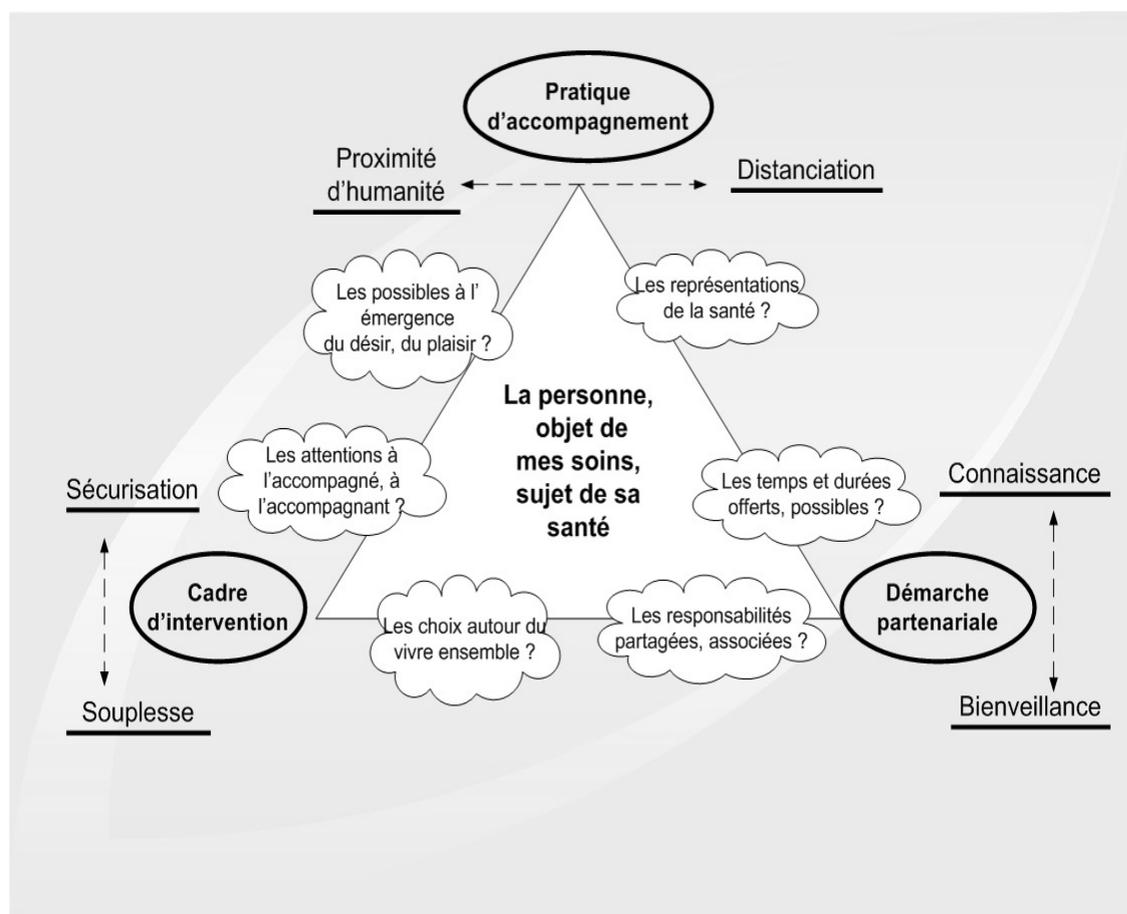
¹⁹ Actes de la rencontre régionale « Accompagner vers la santé », avril 2001. Document disponible en ligne sur le site www.craes-crips.org, rubrique publications, année 2001

²⁰ M.C. Zinck, « Accompagner, un acte clair-obscur », in CRAES-CRIPS, pp 20-34, op.cit

Comme le souligne, le schéma ci-dessous, la personne est alors située au centre d'un triangle traversé de tensions depuis :

- **Le cadre d'intervention** : entre souplesse et sécurisation.
- **La pratique d'accompagnement** : entre proximité d'humanité et distanciation.
- **Une démarche partenariale** : entre connaissance et bienveillance construite dans la durée.

Et toute une série de questions traversent l'ensemble de ces axes.



Cette personne, objet de mes soins et sujet de sa santé, est au centre d'un processus d'abord contradictoire, traversé de paradoxes mais aussi de possibles. Ce processus est également ponctué de regards croisés, différenciés. Les représentations de la santé, les choix autour du vivre ensemble sont diverses.

Accompagner vers la santé, c'est ainsi poser des questions préalables en terme de responsabilités, en terme de possibles offerts à l'émergence des désirs, du plaisir. C'est aussi se soucier de l'accompagné et de l'accompagnant de façon réciproque. Enfin, c'est inscrire le processus dans une nécessaire durée pour que l'Amérique, ou l'Afrique, puisse s'inscrire dans ces yeux...

Point de vue



Accompagner l'accès aux soins et à la santé : points de repères (bis)

Sylvain JERABEK,
Directeur, ADES du Rhône

Le cadre dans lequel s'inscrit le projet de santé des personnes en difficultés sociales est déterminant. Ce cadre doit respecter les choix de la personne ainsi que l'aspect « intime » de sa santé. Il doit aussi favoriser son implication dans les projets et s'adapter à l'évaluation de son rapport avec le soin. L'action des professionnels nécessite également d'être renforcée par des diagnostics partagés des situations et par l'instauration d'un espace dit de « relâchement », qui permet l'expression des difficultés rencontrées dans le travail d'accompagnement. Un nouvel outil de planification, d'organisation et de priorisation des actions santé est désormais à la disposition des professionnels avec le plan régional de santé publique, décliné et adapté à chacune des régions.

« En tant que directeur d'établissement médico-social, j'ai été amené, à plusieurs reprises, à définir des projets d'équipe favorisant la santé des personnes en difficultés sociales et par ricochet, les cadres soutenant ces projets de santé adaptés. Voici quelques points spécifiques qui ressortent de ces années d'expériences de fonction de direction dite « garante du cadre ».

Importance « d'aller vers »

Le premier de ces enseignements serait d'opter pour des démarches projets s'appuyant sur « l'aller vers ».

La santé mérite et nécessite une dynamique dite « pro-active » : non pas projeter sur l'autre son propre désir de soin ou celui de son institution, mais être force de proposition pour ouvrir avec la personne un espace de collaboration sur le « prendre soin de soi ». Ce « soin de soi » est rarement la priorité des personnes en difficultés sociales, aussi est-il nécessaire de porter cette préoccupation en tant qu'intervenant.

Respect de l'intimité de la santé

Le deuxième point central concerne l'aspect intime de la santé qui nécessite un cadre d'intervention renforcé en terme de moyens mobilisables, au bénéfice de la santé de la personne. Le cadre d'intervention se doit d'être sécurisé en terme de confidentialité, et d'instaurer ainsi une relation de confiance établie sur une mission institutionnelle claire. L'accompagnement doit s'inscrire dans le temps et répondre préalablement aux besoins fondamentaux de la personne.

Nécessité d'un diagnostic partagé, de l'intervention de tiers

Ce cadre d'accompagnement adapté doit être particulièrement attentif à la question du partage. Tout d'abord, le partage des préoccupations de santé, de ce qui pose un problème de santé pour la personne, et de ce qui mobilise l'institution et son représentant autour des questions de santé. Ces éléments doivent être partagés pour constituer un diagnostic commun, socle d'un projet d'accompagnement qui se définira plus clairement et permettra un engagement effectif de la personne sur sa propre santé.

Cette collaboration est d'autant plus importante au sein des équipes d'intervenants où il faut éviter à tous prix que le professionnel ou le bénévole, prenne le risque d'un « enfermement » avec la personne sur des questions liées à l'intime et, plus encore à l'approche de la mort.

Aussi, est-il primordial de prévoir et de maintenir, dans le temps, des réunions pour que les orientations et les étapes de chacun des accompagnements puissent être discutés, élaborés et décidés en équipe. Il en est de même pour la collaboration avec les partenaires du soin autour de la personne elle-même.

Par ces collaborations effectives en cascade autour de la personne, nous instaurons des tiers qui viennent garantir une dynamique de santé globale, s'appuyant sur le « prendre soin de soi », plutôt que de glisser dans des relations binaires malade / soignant dans lesquelles l'accompagnant social ne serait qu'un facilitant.

Accompagnement adapté à la personne

En quatrième lieu, il me semble important d'insister sur la complexité des facteurs qui concourent ou empêchent l'accès aux soins, ce qui exige l'adaptation et la souplesse des cadres d'intervention. Aussi, est-il important de prévoir de questionner ces cadres, voire de les remettre en cause, au bénéfice d'un accompagnement de la personne adapté à son propre rapport à la santé et à ses difficultés d'entrer en relation avec le soin. Nous sommes là en situation de médiation.

Sylvie Oddou, psychologue responsable du Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) de Vaulx-en-Velin utilise l'expression : « *j'emporte mon cadre avec moi* ». Non seulement elle s'inscrit dans une démarche « d'aller vers », et non pas uniquement de recevoir l'individu en demande dans un cadre soignant, mais elle adapte en plus ce cadre à l'environnement de la personne accompagnée.

Espace de « relâchement » avec les intervenants

Enfin, il nous faut être particulièrement attentifs lorsqu'il s'agit de santé, de ne pas mettre les équipes en situation de « paravent », c'est-à-dire dans une proximité telle qu'ils partagent la problématique avec l'individu, sans pour autant trouver avec lui l'interlocuteur soignant adéquat ainsi que la stratégie pour que la personne puisse s'inscrire dans un projet de soin. Les entraves, les barrières et les résistances aux soins sont multiples et tenaces. Quelles qu'en soient les origines, il n'est pas tenable pour un intervenant d'être sur le terrain à constater ces blocages, sans, selon leur nature, les dénoncer à un niveau institutionnel ou les exprimer en régulation d'équipe. Aussi les mécanismes qui permettent de faire remonter des dysfonctionnements et des difficultés constatés par les acteurs sont à organiser systématiquement.

Parcours d'insertion et accompagnement santé

Aussi, je me propose d'ouvrir le débat sur les cadres favorables à l'accès au soin des publics en situations de précarité par une question : **Le cadre d'accompagnement des personnes en parcours d'insertion, de type RMI, est-il aujourd'hui adapté à l'accompagnement pour la santé ?**

Pour ma part, je pense que les enjeux de la santé dans un projet d'insertion globale sont tels, qu'ils méritent un cadre renforcé et particulièrement adapté.

L'encadré ci-après expose les principaux objectifs poursuivis par les plans régionaux de santé publique, et présente l'organisation ainsi que les priorités de santé prévues pour la région Rhône-Alpes.

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP)

Objectifs et origines des PRSP

La loi de santé publique du 9 août 2004 stipule que dans chaque région de France, le préfet arrête un plan régional de santé publique, ensemble cohérent de programmes et d'actions permettant :

- de mettre en œuvre de façon régionale les programmes nationaux stratégiques : plan cancer, plan national santé-environnement, plan contre la violence, plan santé mentale, plan pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques et plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares, sans oublier les personnes en situation de précarité.
- de définir des objectifs régionaux spécifiques.
- de construire un plan des alertes et de gestion des situations d'urgence sanitaire.

Le PRSP en Rhône-Alpes : concertations et consultations

Si la loi de santé publique réaffirme le pilotage par l'Etat de la politique régionale de santé, le souhait en Rhône-Alpes a été d'agir dans la concertation dès la phase d'élaboration de cette politique régionale.

La démarche d'élaboration de ce volet sur la région s'est ainsi appuyée sur un comité de pilotage comportant notamment l'URCAM, la CRAM, l'ARH, le Conseil Régional, la DRASS auxquels se sont associés d'autres institutions (Rectorat de Grenoble, Conseil Général de l'Isère et DRTEFP) avec l'appui d'un consultant en santé publique : le CAREPS.

Le comité de pilotage a souhaité que la démarche de construction du PRSP ne soit pas une juxtaposition de plans nationaux ou régionaux, mais débouche sur un travail de fond permettant d'établir une véritable politique régionale de santé.

Ce comité de pilotage s'est constitué en Groupement d'Intérêt Public, dirigé à plus de 50% par l'Etat, pour devenir le groupement régional de santé publique (GRSP) qui gèrent aujourd'hui la mise en œuvre concrète du PRSP par appel à projet.

Le comité de pilotage a fait des choix d'intégration. C'est ainsi que font partie du PRSP :

- le volet « observation, évaluation et communication » qui est entièrement transversal ;
- le plan d'action des alertes et de la gestion des situations d'urgences sanitaires piloté par la CIRE²¹ ;
- le PRSE, plan régional de santé environnement, dont le pilotage interministériel incombe au SGAR.

Au-delà et dans la mise en œuvre, le comité de pilotage a souhaité construire une ingénierie permettant l'élaboration et la construction de systèmes d'information, d'outils de suivi et d'évaluation communs et l'organisation et l'opérationnalité pour mettre en place une politique coordonnée qui restitue les rôles de chaque institution sans laminer leur contribution.

Cette ingénierie permettra de démultiplier les efforts et de rendre les actions lisibles et cohérentes pour les habitants et pour les acteurs de santé.

Priorités de santé publique Rhône-Alpes

Le plan régional de santé publique vise l'amélioration de la connaissance de l'état de santé dans la région et ses déterminants et la réduction des inégalités en matière de santé tout en recherchant l'implication des usagers.

Il inclut l'information et la communication autour des actions réalisées, ainsi que l'évaluation de l'effectivité et du niveau d'atteinte des objectifs qu'il a définis.

Les trois axes des priorités de santé :

- orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé (sociales et territoriales).
- réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage.
- améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées.

Extraits du PRSP Rhône-Alpes 2006-2010

²¹ Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Etrangers

Partie III

Des initiatives menées en Rhône-Alpes

Initiative locale



Le café aux idées : une action « santé sociale » expérimentale et évolutive

Annick PACHY,
Coordonnatrice cohésion sociale,
et Pierre-Yves AUBERT,
Réfèrent RMI, Conseil Général de la Savoie

Un contexte porteur

L'action santé/bien-être s'est inscrite en 1999 dans le cadre des principes fondamentaux de la lutte contre les exclusions (loi du 29 juillet 1998), afin de prévenir les situations d'exclusion en référence au volet santé de la loi. A cette époque, après 10 ans de RMI et le constat de situations chroniques, l'action sociale départementale en Savoie est réorganisée de sorte que la personne soit au cœur de son action et de ses dispositifs. Les professionnels ont des attentes concernant des nouvelles formes de travail, dont le mode collectif. Par ailleurs, une nouvelle fonction est créée : la fonction de coordonnatrice cohésion sociale. Le bureau de CLI affiche une volonté politique d'un droit à l'expérimentation et parallèlement se constitue une commission santé/social avec une collaboration partenariale forte.

La raison d'être de l'action

Un diagnostic, portant sur les besoins en insertion de 650 bénéficiaires RMI du territoire, a été réalisé en 1998. Il en ressortait que 10% des bénéficiaires vivaient l'épreuve de l'exclusion par la santé, sous forme d'isolement, de problèmes de santé physique, psychique ou de dépendances.

Le besoin d'une action de type santé / social est donc né, avec pour objectif majeur : lutter contre l'isolement et la dé-liaison sociale. Un groupe d'initiative s'est alors constitué avec des professionnels volontaires : assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, référents RMI et psychologue RMI.

Le processus de l'action

De 1999 à aujourd'hui, on est passé d'une action santé « clé en main », pensée par des professionnels, à une action « à la mesure de la personne », en fonction de ses possibilités, pensée avec des professionnels et portée par un centre social.

L'action « santé bien-être » a vécu trois étapes depuis sa conception : un premier temps de création jusqu'en 2003, puis un temps de bilan et enfin, le montage de l'action « café aux idées ».

1 - Première phase de l'action santé bien-être

De 1999 à 2003, l'action santé bien-être a eu pour objectif de favoriser les liens sociaux entre les personnes, par le biais d'une convivialité renforcée, d'essayer de développer avec les personnes la confiance en soi et si possible, de faciliter les points de passage vers d'autres champs (soins, environnement familial, social et culturel).

Les personnes ont reçu une convocation pour cinq modules animés par des professionnels santé et social : alimentation et précarité, bilan de santé et suivi chez le médecin généraliste, dépression et suivi chez le médecin psychiatre, alcool et dépendances multiples. Ces modules traitaient de thèmes recueillis par les assistantes sociales auprès des usagers du service social. A l'issue de ces cinq modules, les personnes étaient invitées à s'engager dans un des quatre ateliers de type artistique (atelier couleur, atelier saveur, atelier écriture ou atelier corps et voix) pour produire et faire appel à leurs potentialités.

Les effets et résultats de la démarche

Pour le public, les principaux effets attendus étaient : un mieux être expérimenté au cours de l'action, une reprise de confiance en soi et l'acceptation et la réalisation de soins. Pour les professionnels, il s'agissait de donner une nouvelle forme de pratique professionnelle avec comme support une contractualisation RMI portant sur une action santé / bien-être.

Les résultats portent sur 4 ans et concernent 81 personnes. Il en ressort que 4 ans plus tard :

- 54% des personnes sont restées dans le dispositif RMI,
- 37% sont sorties du dispositif dont 11% en AAH,
- 9% sont sortis pour autres motifs (déménagement, décès ou autres minima sociaux).
- Toutefois, des observations inattendues sont perçues. Il ressort effectivement que 22% des bénéficiaires de l'action sont à l'emploi quatre ans plus tard, mais aussi que peu de démarches somatiques ont été réalisées notamment très peu de prises en charge de type CMPA (consultations médico-psychologiques adultes).

2 - Phase de bilan

En 2003-2004, le groupe santé bien-être connaissait une baisse de fréquentation et d'implication par les bénéficiaires et une baisse d'implication par les professionnels. Il est donc proposé un bilan entre participants et professionnels sur le fonctionnement des ateliers. La demande globale des personnes reste toutefois : « *ne nous laissez pas tomber* », « *nous avons besoin d'un espace convivial qui perdure* ».

De leur côté, les professionnels ont souhaité qu'un partenariat soit mis en œuvre avec un centre social pour accueillir l'action : l'association de quartier du centre ville de Chambéry.

Ce bilan a débouché sur la création du « café aux idées ». A cette occasion, le groupe d'initiative qui accompagne l'action depuis 1999 a été recomposé et des personnes « extérieures » ont été associées au projet (une animatrice du centre social et une coordonnatrice des ateliers du Secours Catholique). Ce groupe d'initiative a pour principales fonctions de garantir les objectifs de l'action et permettre le suivi de l'action via des bilans. Il a dorénavant aussi pour rôle de réfléchir sur la communication de cette action auprès des professionnels, de s'interroger sur la notion de parcours et d'étapes sans obligation de sortie et d'aller vers une co-formation aidant / aidé (en partant des compétences des personnes).

3 - Le « Café aux idées »

Cette troisième étape est une nouvelle action : « le Café aux idées » dont le principe est de rassembler, autour d'un café, des personnes qui sont invitées à débattre d'idées. Cette nouvelle action conserve aussi les objectifs initiaux qui sont :

- faire évoluer la question participative : passer du « faire pour » au « faire avec » en valorisant l'implication des personnes dans l'action : « être acteur dans une action pour devenir plus acteur dans sa vie »,
- disposer d'un outil permettant de mesurer avec les personnes les actions qu'elles ont réalisées.

Mais, l'action « Café aux idées » est plus qu'un espace convivial où il fait bon se retrouver tous les lundis. En effet, il s'agit d'un lieu où :

- On construit ensemble des actions pour se rendre utile : « *on a du temps, on peut en faire profiter les autres* ». Cela se traduit par la mise en œuvre d'actions bénévoles sur divers secteurs (handicap, aide alimentaire, environnement, activités du centre social).
- On s'ouvre aux autres grâce à un maillage avec l'ensemble des activités du centre social et les sorties culturelles de l'association culture du cœur de Savoie.
- Les idées et propositions de chacun sont entendues, discutées, et mises en œuvre si une partie du groupe y adhère (sorties diverses, pique-nique, voyages à Paris, au festival d'Avignon, sorties familiales, séjours caravane),
- Les « petits bonheurs » de la vie, malgré la précarité, sont mis en évidence.

Grâce au « Café aux idées », des liens se sont créés entre les personnes, des démarches santé (de soins ou administratives) ont été entreprises, des bénéficiaires ont réalisé des actions bénévoles ou ont participé à des ateliers de l'association de quartier. Il y a des gens qui, à travers le « Café aux idées » ont réussi à reprendre confiance en eux et à se ressaisir de leur propre histoire et parcours. A l'inverse, pour d'autres personnes, les professionnels ont « butés » principalement sur des problématiques alcool ou psychiatriques.

Nouvelles orientations et perspectives

De nouvelles orientations ont été imaginées à partir des bilans partagés aidant / aidé et des questions ont été soulevées :

- l'orientation des personnes vers le groupe ne paraît pas adaptée : c'est le pôle d'insertion du centre social par l'intermédiaire de son animatrice qui accueille maintenant le public adressé,
- l'accès effectif aux soins reste une difficulté : notamment concernant les dépendances (alcool) et les soins spécialisés,
- l'investissement dans la durée des travailleurs sociaux reste une nécessité. L'assistante sociale polyvalente de secteur a-t-elle les moyens en temps de s'investir dans des dynamiques collectives d'une part, et de soutenir des relations d'aide individuelle dans la durée d'autre part ?
- le contrat d'insertion prend davantage de sens : la personne dégagée de l'engagement contractuel vers le groupe est adressée à une autre personne (l'animatrice du pôle insertion du centre social) qui l'accueille, lui permet de tester une ou des actions.

Notre objectif est aussi de travailler sur le décloisonnement entre les territoires de Chambéry et de la Couronne chambérienne, avec une volonté partagée d'évaluer ensemble les conventions RMI, d'articuler les objectifs annuels au profit des publics des deux territoires et d'engager une réflexion approfondie sur les situations social/santé bloquées tout en prenant appui sur la convention partenariale CHS (Centre Hospitalier Spécialisé)/ DVS (Direction de la Vie Sociale du Conseil Général).

A l'issue du séminaire « santé et insertion », certains acteurs de terrain du pôle cohésion social souhaitent se doter d'une grille d'évaluation des actions mises en place afin de mieux en connaître le fonctionnement, les fins et les moyens, et permettre ainsi d'adapter au mieux leurs actions santé/social aux besoins des publics et des professionnels.

Initiative locale



Un « accueil santé » pour favoriser l'accès aux soins de publics majoritairement sans domicile ou en hébergement provisoire

Christophe BALANCHE
et Brigitte CHALVET,
Association Solen à Aubenas, Ardèche

L'Accueil Santé est un des services de l'association Solen située à Aubenas en Ardèche. Ce service, créé en 1996, s'adresse à un public adultes et jeunes adultes, en situation de grande précarité et en rupture de lien médical ou social.

Présentation rapide du service

Le personnel du service se compose de deux travailleurs sociaux à mi-temps et d'un psychologue à temps partiel. L'accueil est ouvert 4 demi-journées par semaine sur rendez-vous. Les intervenants de l'Accueil Santé travaillent en réseau avec les structures locales qui côtoient un public précarisé (CCAS, missions locales, centres médico-sociaux, entreprises intermédiaires), avec les services et intervenants sociaux qui traitent plus particulièrement des problèmes de santé (centres d'addictologie, services de toxicomanie, PMI) et avec les praticiens de santé.

Les financements de l'accueil sont accordés pour un an par convention avec l'Etat, la Région, le Département et la CPAM de l'Ardèche.

L'Accueil Santé propose des interventions individuelles et des interventions collectives.

Les interventions individuelles

Ces interventions ont lieu dans le bureau destiné aux permanences d'accueil. Les objectifs visés dans ces entretiens sont de quatre natures :

- Il s'agit tout d'abord de proposer **un temps d'accueil, d'écoute et d'information**. Ce temps permet de créer un lien avec l'utilisateur, d'entendre la demande et de proposer des solutions adaptées. Au-delà d'une réponse, cette rencontre peut permettre à l'utilisateur de soulager une situation d'angoisse, de faire émerger la notion de sujet et de retrouver le désir de se soigner en restaurant une certaine estime de soi.
- En relation avec les partenaires, ces interventions peuvent donner lieu à un **suivi administratif**. En effet, cet entretien est l'occasion d'activer ou de réactiver des droits « santé », de procéder à un changement de situation, d'établir un dossier AME (Aide Médicale Etat) ou CMU (Couverture Maladie Universelle), d'aider l'utilisateur à remplir un dossier Cotorep¹ ou de régulariser des factures de soin.
- Pour les situations fragiles, cet intermédiaire **facilite la démarche de soin vers des praticiens santé**. Le service propose des orientations médicales simples en direction des dentistes, médecins généralistes, ophtalmologistes, dermatologues, centres hospitaliers etc. Le service propose aussi des orientations médicales spécialisées vers les praticiens de

¹ Commission Technique d'Orientation et Reclassement Professionnel

« santé mentale » (psychologues, psychiatres, centres d'accueil et de psychothérapie) ou des établissements de cure (alcoologie, toxicomanie). Dans le cas de personnes ayant une santé fragile ou présentant des conduites à risque, il arrive aux permanents de contacter l'hôpital pour établir un bilan de santé. D'autre part, les travailleurs sociaux proposent aux usagers des accompagnements « physiques » aux démarches extérieures, dans le cas de difficultés de compréhension ou d'un comportement perturbé.

- Enfin, pour désamorcer une crise, soulager une situation d'angoisse, le service propose une **écoute psychologique**. Dans le secteur privé, ces personnes sont souvent en attente d'un rendez-vous « lointain ». Ce suivi psychologique peut ainsi déboucher sur une orientation vers un autre spécialiste de la santé.

Les interventions collectives

L'équipe de l'Accueil Santé est sollicitée pour intervenir à l'extérieur, afin de mener des actions d'information, de prévention, auprès des groupes précarisés, repérés sur le secteur Sud-Ardèche. Différents modules ont été menés auprès d'organismes de formation et d'ateliers d'insertion comme le centre d'information des droits des femmes et des familles, l'atelier mécanique d'insertion, l'institut de formation Rhône-Alpes, l'institut de formation pour la recherche et l'éducation permanente et la mission locale. Voici différents modules proposés par l'Accueil Santé :

- Présentation succincte des différents services de l'association Solen et plus particulièrement celui de l'Accueil Santé.
- Historique de la Sécurité Sociale et explication des droits, de l'accès aux soins, de la couverture maladie universelle etc.
- Sensibilisation sur l'équilibre alimentaire.
- Information et sensibilisation sur l'autorité parentale, avec le soutien d'un thérapeute familial.
- Informations sur la sexualité, avec le soutien du planning familial.
- Module sur la confidentialité et l'écoute de soi.

Conclusions

Le travail de l'Accueil Santé est déjà de se faire connaître mais aussi de travailler en réseau pour répondre au mieux aux besoins du public repéré. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas de « faire pour le public », mais « avec le public », favorisant ainsi l'autonomie, la responsabilité, la prise en compte de soi même, l'image et l'estime de soi, et permettant alors à la personne de s'inscrire dans une démarche « citoyenne » face à sa santé.

L'essentiel de notre action est avant tout de conserver ce lieu qu'est l'Accueil Santé, pour les personnes en situation de grande précarité sociale. En effet, la plupart d'entre elles ont « décroché » avec de simples démarches ordinaires : comme se rendre à la sécurité sociale, aller chez un médecin, chez le dentiste etc. Certaines personnes, étant dans une marginalité extrême, n'ont plus la patience d'attendre dans les lieux des différents services de santé et se sentent rejetées, exclues. De fait, elles ne sont plus en mesure de faire face à leur situation ou de trouver une réponse adaptée à leur problématique de santé.

Enfin, il semble important de préciser que certains usagers, en errance psychiatrique, présentent de lourdes pathologies. L'Accueil Santé est et reste considéré par ces personnes comme le seul lieu d'échange, de soutien, d'écoute possible pour tenter de repartir dans un processus de soin.

Initiative locale



La prise en compte des problèmes nutritionnels des enfants de familles en situation de précarité

Thérèse NANDAGOBALOU
et Aline PIEDECOCQ,

Animatrices bénévoles de Médecins du Monde à Lyon, Rhône

Médecins du Monde n'a pas la volonté de développer des actions pérennes mais plutôt d'intervenir ponctuellement sur des réalités d'urgence sociale et de passer des relais en interpellant les pouvoirs publics. Or, les actions décrites ici s'inscrivent par nécessité dans la durée. Les structures sociales du Conseil Général et de la Ville collaborent aujourd'hui à ces actions.

Voici quelques éléments sur le fonctionnement de Médecins du Monde à Lyon, notamment sur la prise en compte des problèmes des enfants, et en particulier des enfants de 0 à 3 ans.

Le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO)

Existant depuis 1987, le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation, est un centre d'accueil gratuit ouvert cinq demi-journées par semaine, qui fonctionne sans rendez-vous. Il assure une prise en charge médico-sociale globale des personnes.

La majorité du public accueilli est d'origine étrangère (91%). En 2005, il y a eu 5 700 passages dont 3 700 consultations médicales. Les premiers résultats de 2006 attestent d'une légère baisse de ces chiffres, certainement liée à une diminution du nombre d'immigrés arrivant en France ainsi qu'à une peur accrue des contrôles notamment avec la circulaire de février 2006 permettant l'arrêt des personnes en situation irrégulière dans les lieux de soins.

Mission hors centre : alerte et veille médico-sociale

En lien avec d'autres associations, il s'agit de réaliser une alerte et une veille médico-sociale, une évaluation des problèmes sanitaires et sociaux rencontrés par les personnes vivant dans des bidonvilles et des squats. Cette activité se fait dans le cadre d'un protocole avec la DDASS, avec des réunions annuelles de coordination de tous les acteurs sanitaires. Ce protocole a vu le jour suite à la mort de deux personnes sur le camp de Surville en 2004. L'objectif à long terme est l'éradication des bidonvilles, et sont ainsi organisés l'accès à l'eau sur les terrains, le ramassage des ordures, le travail conjoint avec la PMI.

En 2005 la file active des personnes rencontrées est de 320 personnes environ, sachant que tout n'est pas répertorié. Il s'agit quasiment exclusivement de Roms² qui viennent pour deux raisons principales : fuir la discrimination et les violences qu'ils subissent en Roumanie et échapper à la conjoncture économique désastreuse du pays. Le statut de touriste avec lequel

² Les Roms furent longtemps sédentarisés en Roumanie où ils subissaient l'esclavage puis furent victimes d'extermination (au milieu du XX^{ème} siècle). Il s'agit d'une population plurielle arrivée autour des années 1990 en Europe. Environ 300 000 en France, et 500 à Lyon vivent de manière précaire et plus ou moins pérenne.

ils arrivent, engendre une absence de droits sociaux et des allers-retours récurrents en Roumanie, par peur d'expulsions. Cette population présente aussi un rapport au temps et à l'écrit difficile. Comme les Rroms roumains ont peu accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et à l'Aide Médicale Etat (AME), et donc à un suivi médical, nous tentons de créer de bonnes relations avec les Protections Maternelles et Infantiles (PMI) et les Comités Départementaux d'Hygiène Sociale (CDHS) pour mettre en place un suivi régulier de nourrissons et des enfants en bas âge.

Scolarisation des enfants de squats

Médecins du Monde et d'autres associations d'un collectif ont abouti à la naissance de l'association : CLASSES (Collectif Lyonnais pour l'Accès à la Scolarisation et le Soutien des Enfants des Squats) qui a comme objectif de favoriser l'accès à la scolarisation dans les écoles de proximité, des enfants vivant dans des squats. Cela permet, en plus d'une scolarisation, une éducation au sens le plus large avec : un suivi sanitaire des enfants, une socialisation et une intégration progressive dans un mode de vie culturel différent, un accès à des repas équilibrés, parfois même à des douches et, pour les parents, la rencontre de nouvelles personnes et parfois une bourse pour les aider.

Campagne alimentaire d'été destinée aux 0-3 ans

Depuis le début des années 2000, il semble que le problème alimentaire ressurgit de manière de plus en plus importante pour les nourrissons³. Cela fait sept ans que Médecins du Monde réalise cette campagne alimentaire destinée aux nourrissons et qui a initialement été mise en place suite au constat de l'absence totale de dispositif d'aide pour les jeunes enfants durant cette période de l'année. Or, l'allaitement maternel est régulièrement impossible et les laits pour nourrissons sont des produits chers, pour lesquels il n'existe pas de gamme de prix élargi.

Des efforts ont été réalisés dans le sens d'une meilleure coordination alimentaire afin de mieux répartir les offres auprès des enfants de 0 - 3 ans, pour lesquels peu de lieux sont prévus. Deux permanences sont effectuées par semaine, comprenant un temps de prévention et d'information, et une aide alimentaire à des familles en grandes difficultés sociales : 413 familles et 514 enfants de 0 à 3 ans ont été reçus en 2006, soit nettement plus qu'en 2005.

Les courbes d'IMC (Indice de Masse Corporelle) des enfants accueillis par l'association manifestent une dégradation du développement pour un nombre certain d'enfants⁴, conséquence de l'absence de ressources, d'un mode d'habitat incompatible et du stress quotidien vécu par les parents.

Médecins du Monde fait le constat que, depuis 2005, le profil des familles reçues a évolué : il y a de plus en plus de familles françaises (16% en 2006, contre 8% en 2005) ou de familles hébergées ou ayant un logement fixe, qui normalement ont accès à des dispositifs d'aide.

³ Voir rapport de la mission France Lyon 2003 notamment. Exemples concrets : mamans qui donnent du thé à boire aux bébés pour tromper la faim, diversification alimentaire beaucoup trop précoce, femmes obligées d'arrêter d'allaiter du fait d'une alimentation personnelle très insuffisante, alors même que l'allaitement maternel est fortement recommandé culturellement.

⁴ Parmi les bébés suivis par l'association, 30% de ces derniers ont un IMC traduisant une dégradation de leur développement à la naissance, et 50% le jour de la consultation. La dégradation s'installe après un an pour les petits garçons, et après six mois pour les petites filles.

Préconisations

Ainsi, forte de son expérience, l'association Médecins du Monde souhaite organiser son action davantage autour de ces quatre grands volets :

- Permettre un suivi des enfants présentant un IMC révélateur de gros problèmes alimentaires (suivi rendu difficile par l'anonymat des données recueillies par l'association).
- Développer davantage d'outils de communications très imagés, du fait d'un accès à la langue souvent difficile.
- Prendre encore plus de temps avec les familles et s'assurer de la compréhension de ce qui est dit, répondre à des questions complémentaires sans que les personnes ne se sentent bousculées.
- Prendre en compte le rapport à la vie et au temps des familles.

Initiative locale



Le programme « PEC » : Prévention – Expression – Création

Julien CHAMBON,
Chargé de projet à l'Association Aides Alcool à Lyon, Rhône

L'association Aides Alcool

Animée par des professionnels de santé, l'association AIDES Alcool accompagne toute personne et toute institution, dans un but préventif ou thérapeutique, sur les questions relatives à l'usage d'alcool ou de substances psychoactives (tabac, drogue, médicaments ...).

Pour être le plus adapté possible, cet accompagnement allie :

- le pôle de prévention : lieu de réflexions éthiques, de mises en œuvre de recherches, d'élaboration de supports de communications et d'interventions, d'animation de programmes, de formations etc.
- et le centre de soins : espace d'accueil, de suivi médical et thérapeutique et d'accompagnement social de tous publics, avec une attention marquée pour les personnes en situations de précarité.

Les enjeux de la prévention

Comportements à risques et conduites addictives sont des phénomènes inscrits dans une réalité sociale et culturelle complexe. L'approche privilégiée par AIDES Alcool se base sur le postulat que ces manifestations, sous leurs différentes formes, constituent avant tout des réponses individuelles à un besoin psychologique ou/et social, et qu'il est nécessaire de prendre en compte cet aspect dans les actions tant préventives que curatives.

En effet, si une personne donnée adopte ces comportements ou ces conduites, elle vise initialement différents bénéfices : un bénéfice d'ordre social tout d'abord (inscription dans un réseau de sociabilité, amélioration des capacités relationnelles, etc.), un bénéfice d'ordre psychologique ensuite (effets dépressifs, excitants ou perturbateurs qui permettent de répondre à un besoin réel).

Or les actions de prévention s'appuient majoritairement sur le modèle de « l'information-vaccin » (« inoculer » une information), ou de « l'information-répulsion » (s'appuyer sur la peur du danger créé). Ces actions soulèvent un certain nombre d'interrogations légitimes : ne donner à voir, dans une intention préventive, que la facette « négative » de la réalité vécue, n'aborder la question de l'usage de drogues que sous l'angle du danger, de l'irresponsabilité, n'est-ce pas passer à côté des besoins réels de ces populations et donc des enjeux réels que représente la prévention des conduites à risques ? N'est-ce pas courir le risque de stigmatiser davantage ceux qui, en déficit de ressources, voient dans ces pratiques une solution à un problème personnel et complexe ?

Le programme Prévention par l'Expression et la Création (PEC)

Le programme PEC représente une tentative de réponse à ces questions. Il fait le postulat que l'individu se protège et se renforce vis-à-vis des situations à risques en développant l'estime de soi, la capacité d'expression et de symbolisation, la gestion positive des conflits, etc. ; autant de compétences à acquérir dans un cadre collectif et institutionnel.

Les publics suivis se voient ainsi offrir la possibilité de potentialiser leurs ressources psychosociales afin de mieux appréhender les événements plus ou moins difficiles, frustrants, traumatisants qu'ils sont ou seront amenés à vivre par la suite. Ce faisant, ils sont invités, dans le respect et la liberté de leur expression, à réfléchir sur leurs propres expériences, et cela dans un cadre de communication qui n'impose pas « a priori » un message « à faire passer ». Le travail de prévention se construit donc sur la base d'un concept de promotion de la santé positif, en évitant l'écueil que représente l'approche stigmatisante qui cible tel « produit » ou tel « comportement ». Il se construit en quelque sorte « en amont » de ces conduites ou consommations potentielles ou avérées, en offrant à l'individu et aux institutions la possibilité de découvrir d'autres facteurs de résolution que celles-ci.

Différents ateliers d'expression et de création

Le programme PEC met en place différents ateliers animés par une équipe d'intervenants aptes à mobiliser diverses formes d'expression (création plastique, photo langage, ciné-santé, expression émotionnelle, expression par la symbolisation, expression corporelle, relaxation, etc.).

Le choix de ces ateliers est effectué en partenariat étroit avec les référents des structures concernées, en fonction bien sûr de la demande et des besoins identifiés.

Un atelier « Expression émotionnelle par le jeu de scène » permet par exemple de mettre en scène les émotions de chacun, de les extérioriser selon des exercices ciblés ; alors qu'un atelier « de photo langage » sollicite davantage la capacité de représentation symbolique, de verbalisation et d'expression d'une opinion face à un groupe. D'autres animations seront davantage orientées autour de la gestion des conflits, de la cohésion de groupe, etc.

Ainsi, ces ateliers peuvent :

- offrir l'opportunité à des personnes en situation de chômage de longue durée d'améliorer leur expression émotionnelle. Cela permet non seulement de leur éviter le recours aux substances psycho-actives pour mieux supporter une situation de mal-être, mais aussi d'appréhender de manière optimale un entretien d'embauche.
- proposer à la collectivité des résidents d'une maison-relais, isolés et en souffrance psychique, d'exprimer artistiquement leurs sentiments à l'approche des fêtes de fin d'année : cela permet de mieux vivre cette période traditionnellement difficile tout en améliorant la qualité de la vie en collectivité.
- être organisés en parallèle à d'autres formations. Ainsi, au sein d'une association « de mise à l'emploi », on peut envisager la tenue d'un « atelier d'expression émotionnelle » doublé d'un autre atelier « hygiène relationnelle » vers les publics jeunes, ou « photo-langage » sur le thème du travail pour les adultes par exemple. Ces ateliers sont menés en parallèle à des actions déjà existantes : rédaction de CV, simulation d'entretiens d'embauche...

Le PEC = un programme modulable et « à la carte »

S'inscrivant tout autant dans le champ d'une prévention de type primaire que secondaire (publics consommateurs ou non-consommateurs), le programme PEC peut être mis en application aussi bien dans des établissements travaillant avec des publics jeunes, scolarisés ou en situation de précarité ou de recherche d'emploi, que dans des structures accueillant des adultes chômeurs, bénéficiaires du RMI ou en situation de précarité (collèges, lycées, missions locales, associations intermédiaires, maisons d'arrêt, foyers, structures de probation ...).

Il peut également s'adresser aux professionnels lorsqu'un besoin particulier de formation autour des questions d'addictologie se fait sentir dans l'une de ses structures. Ces temps de formation, de facture plus « classique », permettent toutefois d'aborder les questions dans la perspective prônée par le PEC, à savoir en cherchant toujours à promouvoir un climat préventif à long terme dans l'Institution à travers la mobilisation et la sensibilisation de chacun au quotidien.

A ces animations spécifiques en interne/sur site, il faut ajouter des formations professionnelles se déroulant dans les locaux de l'association.

La formation « Accompagnement et Emotions » se propose de saisir les mécanismes, le fonctionnement, le rôle, la place, l'économie des émotions dans la relation d'accompagnement, et de les réhabiliter en tant qu'éléments capitaux de la relation.

La formation « Gestion Expérientielle » propose, quant à elle, la présentation d'un modèle original de prévention et de soins des toxicomanies. D'origine québécoise, cette formation permet de décrire les expériences humaines de plaisir et de souffrance suscitées par les psychotropes et de poser certaines hypothèses concernant les relations entre les expériences biologiques et psychosociales.

Pour une culture de la prévention et de la promotion de la santé au quotidien

Le programme PEC participe donc d'une logique préventive selon une démarche globale qui vise à développer une culture de la prévention et de la promotion de la santé au quotidien. Il s'agit d'une approche expérimentale, innovante, qui se renouvelle à chaque projet, ce qui fait toute sa force et sa pertinence. Ainsi, en dépit d'un certain nombre de difficultés, notamment concernant l'investissement nécessaire des professionnels associés, ce programme a su se consolider et multiplier ses actions auprès de partenaires très divers. Il montre tout l'intérêt pour les acteurs de prévention de travailler selon un concept « positif » en mettant l'accent sur les ressources et les capacités sociales et personnelles, et non sur la critique sociale et la stigmatisation.

Conclusion

Des éclairages complémentaires

Point de vue



Eléments de synthèse du séminaire « Santé et Insertion » des 22 et 23 janvier 2007

Docteur Françoise NORMANDIN
et Marie-Thérèse SALMI, Cadre de Santé,
Conseil Général de la Gironde

Mettre les personnes qui vivent la précarité au cœur de nos dispositifs

Dans cette assemblée, il y a un consensus récurrent pour dire que lorsque nous voulons travailler pour, auprès et avec des personnes qui vivent la précarité, nous souhaitons les mettre au cœur de nos dispositifs. On a entendu plusieurs propos à ce sujet :

- La non possibilité de connaître la situation de quelqu'un sans la collaboration de cette même personne ;
- Le souhait d'être dans une approche humaniste et respectueuse de l'autre ;
- L'allusion à la **charte d'Ottawa**, qui tente de permettre que les personnes soient acteurs de leur propre histoire, en particulier dans le domaine de la santé.

Des initiatives lourdes et complexes à mettre en œuvre ...

Au cours de ce séminaire, un certain nombre d'expériences, qui cherchent ce partenariat, cette **co-responsabilité, entre professionnels et citoyens** ont été présentées. Ces expériences, où les personnes deviennent acteurs au fil du temps, sont lourdes et complexes à mettre en œuvre. Elles demandent un temps d'investissement préalable important. Malgré plusieurs témoignages entendus hier ou aujourd'hui, elles restent des **initiatives « pilotes »** remarquables.

... qui restent des initiatives de « professionnels »

Il y a toutefois un paradoxe permanent, car les actions que nous pouvons mettre en œuvre sont toujours, à l'origine, une initiative de professionnels ou de bénévoles associatifs. On a aussi entendu le besoin d'aller chercher, parfois même de **convoquer**.

Des demandes que la souffrance rend in formulables

Plusieurs participants ont constaté que certaines demandes de personnes n'étaient pas formulées. Une des psychologues disait que **plus la souffrance dite « psychosociale » / « existentielle » est importante, moins la parole peut circuler**, la parole étant elle-même vigoureuse pour ces personnes.

Comment faire au mieux participer les personnes dans les projets qui leur sont voués ?

Lorsqu'on est du côté des professionnels, comment alors jouer correctement ce rôle de déclencheur ? Comment susciter un groupe (comme on a vu avec l'expérience de Chambéry) ? Comment permettre de démarrer l'accompagnement dans l'associatif alors que **parfois, c'est à partir de la complexité de nos systèmes administratifs** (démarches administratives) **que l'on initie une relation interpersonnelle** ? Comment, dans cet accompagnement, « **mettre en valeur l'autre** », puisque c'est la définition musicale qui est la plus belle ? Comment ne pas risquer pas de perdre cette initiative de l'autre ? Comment ne pas risquer de détourner cette fonction que l'on a de support mais qui ne prive pas l'autre de sa liberté ? Comment permettre que la priorité de l'autre reste « réelle » ?

Difficile adéquation des objectifs des projets avec la participation « libre » des personnes visées

Dans ce besoin, pour les professionnels au sens large, de susciter des projets, nous sommes tous **soumis à la définition préalable de ce projet, avec les objectifs et des résultats attendus**, tant dans le monde associatif, où l'on attend des budgets, que dans le monde de l'institution, où l'on attend que les décideurs proposent des temps de travail dédiés aux professionnels. Or, ces objectifs sont préétablis avant d'avoir la participation des personnes visées. Ces objectifs ne sont pas « réalisés réellement ».

Un « pas de côté » qui permet cette adéquation ...

Dans ce qui peut se définir comme étant des « effets produits », il y a un « pas de côté » par rapport aux définitions initialement posées. Ce pas de côté se faisant sur ce que l'on peut appeler le résultat et sur la durée, la date attendue de ce résultat.

... et touche largement nos rôles professionnels face aux personnes en situation de précarité

Le pas de côté touche aussi fréquemment l'ensemble de nos rôles professionnels face aux personnes qui vivent la précarité et/ou l'isolement. Lorsque la demande des professionnels est de l'ordre de l'espace convivial qui perdure, du « *ne pas laisser tomber* », lorsque la réponse est de l'ordre de l'expression, de l'art, de la culture, lorsque, comme cela a été dit par l'association Solen, « *on est un lieu pour déposer ce bagage* », **la question est de savoir comment on entend le « pas de côté » en tant que professionnels ?**

Comme cela a été dit par l'équipe de Chambéry, il y a un moment où, après le pas de côté fait, le professionnel **passé le relais à un autre pour reprendre sa place.**

Un pas de côté synonyme d'une nécessité de « transgresser en donnant sens aux procédures »

C'est aussi ce que disait Benoît Eyraud, sociologue chercheur au CEMS/CERPE, en parlant des bailleurs locatifs. Il disait qu'il est nécessaire d'accomplir son métier avec la possibilité de transgresser en donnant sens aux procédures. Cette façon de dire touche chacun de nous individuellement dans son métier et touche aussi les dispositifs mis en place et, particulièrement le dispositif RMI.

Importance du choix du pas de côté

A titre individuel, dans son métier, il est important de **choisir** le pas de côté, c'est à dire de le faire consciemment, ou de le repérer, si c'est à posteriori, de telle façon qu'on puisse rester en position de vigilance et d'analyse par rapport à ce que l'on est en train de mettre en œuvre.

Le dispositif RMI permet ce pas de côté

Le dispositif RMI en est une bonne illustration. En effet, ce dispositif peut avoir des aspects pervers ou mal appropriés, puisqu'il implique une contractualisation dans laquelle on demande à des personnes, qui ont un autre rapport au temps du fait de leur histoire, de mettre par écrit un projet, avec une échéance à ce projet. Ceci paraît être une injonction paradoxale, et pourtant, c'est ce même dispositif RMI qui peut donner des fonds, que des professionnels, s'ils transgressent correctement en donnant sens aux procédures, peuvent utiliser pour permettre la souplesse de fonctionnement des dispositifs.

L'impossible jeu de la rencontre pour les professionnels

A plusieurs reprises, on a pu se rendre compte que **donner la place à l'autre et jouer le jeu de la rencontre**, pour mettre en avant les savoirs et potentiels des personnes, est une **mission impossible** pour les professionnels, et notamment pour les professionnels de terrain, qui ont peu ou insuffisamment de temps de recul par rapport à leur pratique quotidienne.

Comment mettre en balance les savoirs « populaires », « traditionnels » ou « culturels » avec le savoir professionnel, lié à sa formation initiale et qui fait le socle de son travail quotidien ? Est-ce qu'on ne met pas le professionnel en situation d'équilibre instable quotidien ? Et, que fait-on de la souffrance des professionnels engendrée ?

Accompagnement des professionnels dans le jeu de la rencontre

Il est nécessaire d'accompagner les professionnels dans ce jeu de la rencontre véritable afin de ne pas conduire les professionnels à bout. Le **burn-out** des professionnels emmène parfois sur des souhaits de formations, mais il peut aussi donner lieu à des arrêts maladies, et plus généralement, à des comportements de « rigidités défensives ».

Un écart de culture générateur de remises en question

Le témoignage de l'équipe de Médecins du monde rend compte de l'important écart de culture pouvant exister entre les professionnels (ou bénévoles) et les personnes visées. L'écart entre la culture des bénévoles de Médecins du monde et la culture des personnes Roms qu'ils sont amenés à rencontrer, est certainement maximale. L'équipe de Médecins du monde est revenue, de façon récurrente, sur les questions que leur pose leur engagement au quotidien :

- Comment choisir entre une aide matérielle à court terme nécessaire pour la survie et ces effets produits à long terme ?
- Comment se fait la négociation avec la culture d'origine (ou d'aujourd'hui) des personnes rencontrées et leurs savoirs identitaires ? Autant, dans notre culture occidentale il est tout à fait logique de donner un biberon, de mesurer correctement la poudre, autant cela n'est pas évident pour les personnes que Médecins du monde rencontre.
- Comment peut-on supporter de **voir des pathologies, dont on sait qu'elles sont évitables et de gérer ce regard** sur des pathologies évitables, tout en gérant aussi le respect de l'autre ?

Pour Françoise Normandin, ce sont des questions sans aucune réponse mais qui mettent à mal beaucoup les intervenants.

Temporalité des professionnels et temporalité des personnes rencontrées

Par rapport à la temporalité et à la vie dans la durée, les intervenants ont insisté sur le fait qu'il **fallait que se rencontrent la temporalité des personnes rencontrées et la temporalité des professionnels**. Une des interventions a souligné l'importante différence de temporalité entre les personnes d'origine roumaine et les Français.

L'équipe de Chambéry a insisté sur la **nécessité de durée dans leur action** « santé/ bien-être » à la rencontre d'un groupe, qui est ensuite devenu acteur. Il a fallu que cette expérience dure suffisamment pour permettre l'émergence de la participation des personnes. Par ailleurs, afin de permettre aux professionnels de « rester vivants » dans leur initiative, cette expérience a du être **souple et modulable pour durer**. Il a aussi fallu gérer certains changements dans la continuité.

Cette durée et cette continuité qui, néanmoins, peut bouger, sous-entend **la permanence de certains des professionnels**, au moins au niveau « cadre ».

Le rendez-vous au service d'un « cadrage » dans le temps

A propos des temporalités, l'association Solen a précisé que le recours aux rendez-vous pour recevoir les personnes, et la résistance à l'urgence qu'ils peuvent ressentir est « imposée » aux professionnels. Le rendez-vous, étant une façon de « cadrer dans le temps », au service d'un plus grand respect de la personne, qui pourra bénéficier d'un temps d'expression. Le fonctionnement sur rendez-vous étant un fonctionnement ordinaire de droit commun.

Incohérence du court terme et reconstruction de l'interdit

A un tout autre niveau, Monsieur X de Médecins du monde a, lui aussi, **résisté à une urgence à court terme pour faire émerger un besoin** et permettre une prise de position des pouvoirs publics à plus long terme (par rapport à la mise en place d'une antenne Médecins du monde). Ce qui fait écho aussi au débat sur « le dire non », sur la **reconstruction de l'interdit** pour les personnes dépendantes d'alcool ou de drogues.

Permettre l'expression des « troubles »

L'équipe de Chambéry, a évoqué la **difficulté d'articulation dans ce qui est proposé aux personnes** (dans un groupe où on leur donne la parole, où on permet leur expression et la rencontre) et ce qui correspond à l'orientation vers le monde du soin, de la prise en charge alcool, CMP, etc. De façon assez exemplaire, l'intervention de l'association Aides Alcool, donne une réponse différente de l'orientation vers un soin « pur ». **On sort du traitement du symptôme pour permettre l'expression des troubles.**

Nécessaire partenariat institutions / associations

A travers les différentes expériences évoquées, le partenariat paraît évident et inéluctable à terme. **Les initiatives parties d'institutions finissent par du relais vers le monde associatif**, comme c'est le cas de l'initiative de Chambéry. **Inversement, les personnes intervenantes à partir de l'associatif ont besoin de rencontrer les différents partenaires institutionnels**, comme Aides Alcool, l'association Solen, Médecins du monde. Il paraît « naturel » de se rencontrer au bout d'un certain temps. Par contre, quel rôle et quelle place pour chacun ? Dans un des échanges le terme de rivalité est apparu. Le souci d'éviter cette rivalité est un souci que nous avons tous.

Rôle de l'institutionnel : initiateur d'actions ou en soutien / en prolongement des associations ?

Le rôle de l'institutionnel, peut être d'être initiateur d'expériences ou d'actions, jouer un rôle pilote, et ensuite permettre un relais vers l'associatif. Il peut avoir le rôle inverse, comme cela a été fait par Médecins du monde : **un rôle de veille et d'alerte**. Les associations sont très en proximité des difficultés rencontrées par les personnes, du fait de leur maillage et de leur rencontre avec les personnes. En Ardèche, l'initiative est venue au niveau de l'associatif, parce que l'associatif était plus proche des gens les plus marginalisés.

En tant qu'institution Conseil Général de la Gironde, nous ne nous sentons pas très compétents pour les gens qui sont vraiment dans la rue, et nous nous sentons beaucoup plus adéquat pour les personnes en situations très précaires. Dans notre département, ce sont les associations qui travaillent dans la rue, sur horaires décalés, et avec une souplesse de fonctionnement qui est assez peu connue et organisée dans le monde institutionnel.

Neutralité et fragilité des associations

Dans ce partenariat association / institution, **l'associatif peut apporter le fait d'être autre, de ne pas être stigmatisé** en tant que professionnel. Au cours de ce séminaire, on a entendu : « *nous n'avons pas la blouse blanche* », « *nous sommes dans une neutralité déconnectée du contrat et des ses injonctions (ex RMI)* ».

A l'inverse, il y a une **fragilité, notamment en matière de financements**, terriblement représentative quand on constate que certaines associations fonctionnent depuis plus de 10 ans, avec des budgets reconduits à l'année. Est-ce que le fonctionnement avec des Groupes Régionaux de Santé Publique (GRSP) permettra enfin, de penser à des budgets qui seront pérennes ?

Fragilité aussi parce que c'est à **l'initiative des personnes de l'association que se fait le travail de formation** complémentaire, de « spécialisation », afin d'être plus près des besoins

des personnes rencontrées, et d'initiative pour aller rencontrer les partenaires. Il est pourtant plus facile à une collectivité locale, de rassembler les acteurs autour de la table, que cela n'est facile à des associatifs de mobiliser des institutionnels, parfois un peu débordés dans leur emploi du temps.

Triangulation entre les citoyens, les professionnels et les politiques

Pour les associations, s'il est parfois difficile de bénéficier d'un budget, il est aussi souvent rappelé la faiblesse du financement face aux attentes. Cela nous questionne directement sur le rôle des politiques. Audrey Gonin a assuré la nécessité, dans toutes actions, d'une triangulation entre les citoyens, les professionnels et les politiques. Cette triangulation, n'est pas apparue extrêmement prégnante dans les initiatives présentées ce matin. Le politique est bien entendu impliqué mais, en tant que payeur, lorsqu'on structure un « café aux idées », avec des conventionnements, du temps dédié de professionnels et des financements associatifs, ou lorsqu'on met en place un « Accueil Santé » en Ardèche.

Un participant a aussi insisté sur le fait qu'il ne fallait **pas trop répondre ni combler le besoin**, pour ne pas faciliter la tâche aux pouvoirs publics ou au décideur local, qui ne travaillent pas à leurs responsabilités.

Le GRSP comme réponse à certaines attentes ?

Est-ce que le GRSP apportera quelque chose sur ces questions ? En Gironde, ce sont les **élus locaux** qui sont désignés pour la participation au GRSP. Certains élus peuvent être parfaitement attentifs et mobilisés, d'autres, du fait de leurs emplois du temps et un plus grand éloignement du travail de terrain, sont certainement moins vigilants et impliqués.

A plusieurs reprises, au cours du séminaire, a été soulevée la notion de « **mille-feuilles** » des dispositifs acteurs et mesures mises en œuvre dans le domaine de l'action sociale et particulièrement pour la santé. Le GRSP pourrait être un essai de simplification et pourrait donner un peu sens et cohérence à ce « mille-feuilles ». Toutefois, même s'il est à l'origine de beaucoup d'effets pervers, **est ce que ce « mille-feuilles » ne permet pas, par moment, un espace de liberté ?**

Point de vue



Quels horizons pour l'accompagnement des personnes confrontées à la précarité psychique ?

Docteur Jean FURTOS,
Psychiatre, Directeur scientifique de l'ORSPERE-ONSMP

Je vais vous proposer quelques réflexions généralistes par rapport à la question de la santé mentale, qui toucheront des choses qui font partie de votre expérience et des conditions même de l'expérience.

I. Présentation

L'ORSPERE doit beaucoup au travail social. Avant la fondation de l'ORSPERE, j'ai été éduqué d'une part par la psychanalyse, d'autre part par les travailleurs sociaux. A l'époque, on était dans une polyvalence incluant la santé psychique, du moins dans le secteur de Bron où je travaillais et où je travaille encore.

Lorsqu'il y a eu la décentralisation, j'ai proposé au Conseil Général du Rhône que la pratique de la psychiatrie publique ambulatoire soit dans les mêmes locaux que la pratique des travailleurs sociaux des Conseils Généraux, mais cela a été refusé : à l'époque, nous étions dans l'idée du « chacun chez soi ». Maintenant on essaie de refaire du lien, du réseau... Il me semblait difficile de travailler ensemble sans pouvoir prendre un café ensemble, discuter quand tout va bien, pour être d'emblée sur le même niveau de partage lorsqu'il y a un problème. C'était une époque magnifique, il y a une certaine manière de travailler qui donnait beaucoup de plaisir, même si les situations étaient difficiles, voire même « impossibles ». Ce n'est pas un âge d'or perdu, c'est une expérience formidable qui n'a pas pu se poursuivre.

L'ORSPERE (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion, devenu en 2002 Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité) s'est développé notamment grâce au « rapport Lazarus » issu du malaise des travailleurs sociaux travaillant au contact des bénéficiaires du RMI ; ils ont fait remonter cette *souffrance qu'on ne peut plus cacher*, ni d'ailleurs psychiatriser, mais qu'il fallait reconnaître et soutenir d'une manière éthique. Ce rapport a été fondamental, bien que pour moi les choses avaient commencé deux ans auparavant. Une surveillante chef de l'hôpital du Vinatier m'avait dit en 1993 : « *les gens qui viennent dans les CMP ne souffrent plus comme avant* ». C'étaient justement les bénéficiaires du RMI qui venaient avec un contrat santé, qui n'étaient ni schizophrènes, ni carrément dépressifs, ni mélancoliques, mais qui étaient carrément mal, malgré tout. Le personnel soignant ne savait pas quoi faire. C'est à partir de ce constat qu'on a essayé de mener des actions, d'abord en organisant un congrès national, le premier du genre en France, en 1994, puis d'une manière instituée par la création de l'Observatoire. Le sanitaire nous a rejoint trois ans après le social, grâce à l'implication de la DGS, qui a rejoint la DGAS. Le travail de réinsertion était d'une difficulté extrême, avec des échecs, des moments d'indétermination où on ne savait plus quoi faire, avec l'impression que la formation initiale ne servait à rien, et d'une certaine manière, c'était vrai !.

II. Réflexions sur la santé et le travail social

La santé au sens large

Je vais vous parler de la santé au sens large pour qu'on ne soit pas trop ligoté par la santé au sens restreint. La santé au sens restreint correspond aux maladies, au soin des maladies, au traitement des maladies par des professionnels de santé et même à leur prévention ; on est dans un registre médical. Mais depuis 1946¹, l'OMS a produit une définition de la santé qui est à moitié « ringarde » bien que toujours exceptionnellement pertinente dans l'autre moitié.

- La moitié qui tient la route, et même de plus en plus, consiste à **dire que la santé s'observe et se construit, ou se déconstruit, sur les trois plans somatique, psychique et social**. A l'époque, il était exceptionnel de sortir de la question des épidémies, du biologique, de la biotechnologie médicale et d'inclure le psychique et le social dans les paramètres de la santé.
- Le côté « ringard » est cette définition utopique de la santé en tant que « *bien-être complet* » au niveau social, psychique et somatique. A cette époque, à la sortie de la guerre, épreuve mondiale terrifiante, on ne savait plus ce qu'était l'humain ; on venait de découvrir tout ce qui s'était fait pendant la guerre, que les gens savaient ou ne savaient pas. Le mythe du progrès en l'homme cultivé en a pris un coup, il fallait reprendre l'utopie du mythe d'un progrès continué jusqu'au paradis laïque, le bien-être complet. Aujourd'hui, en pleine guerre, économique mondiale dont les effets psychiques sont patents, dire que la santé exclut le malaise n'a plus de sens ; et pire que cela, c'est de l'ordre du déni..

La souffrance dans la santé

Mon collègue sociologue Benoît Eyraud a parlé dans son intervention d'un aspect de la définition de la santé promue par l'ORSPERE : **la capacité de vivre et de souffrir en société**. Si on n'intègre pas le souffrir dans la santé, autant dire qu'il faut changer de métier ! Actuellement, lorsque l'on est au contact des usagers, des patients, avec ses amis ou au contact de soi-même, on s'aperçoit que la souffrance fait intégralement partie de notre vie. La souffrance « exprimée » (il peut y avoir souffrance sans qu'elle soit exprimée), fait partie de notre vie, de même que la souffrance « vécue individuellement ». La souffrance subjective est autorisée par la psychanalyse, mais surtout par les droits de l'homme qui mettent l'accent sur la capacité de l'humain à être pleinement humain en tant que lui-même. Il y a un retour sur la personne qui autorise la souffrance subjective, ce qui n'a pas toujours été le cas et qui est en réalité assez récent.

Le malaise des intervenants

Dans une société qui change, régie par les droits de l'homme, où il y a une connaissance psy communément partagée, et dans le contexte d'une société précarisée et précarisante, il est évident que la souffrance est devenue le lot commun. En elle-même, elle n'est pas pathologique, mais elle peut empêcher de vivre à des degrés d'intensité divers.

Historiquement, la souffrance psychique a commencé par le malaise des intervenants. Ce ne sont pas les bénéficiaires du RMI qui ont dit « *nous souffrons* », car ils n'étaient pas en mesure de le dire ; simplement, ils souffraient et ils manifestaient qu'ils ne pouvaient pas faire ceci ou cela, qu'ils mettaient en échec tel ou tel protocole. Ce sont les intervenants sociaux qui ont ressenti et exprimé leurs souffrances.

¹ Année où l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a travaillé à une redéfinition de la santé.

D'une manière générale, nous souffrons parce que nous sommes dérangés par le simple fait que les autres existent. Des parents qui ont un bébé pour la première fois voient comment ils sont dérangés la nuit et le jour. Le simple fait d'exister est dérangeant pour autrui, l'altérité commence ainsi. Mais si l'autre a une souffrance particulière, pérenne, insistante, non formulable d'une manière claire, ceux qui sont « en charge de lui » la reçoivent en eux-mêmes, c'est cela que l'on appelle **le malaise des intervenants**. Ce malaise est de même nature que le malaise des parents, des enseignants, des politiques, même si les politiques n'en parlent pas systématiquement ; il s'agit d'une souffrance portée, d'une souffrance qui, pour partie, ne vous appartient pas ; il s'agit aussi d'une souffrance professionnelle par impuissance professionnelle relative, dans la mesure où, en général, un professionnel aime bien faire son travail et quand il n'arrive pas à bien faire son travail, notamment en rapport avec la souffrance psychique, il n'est pas content de lui. Troisièmement, cette souffrance peut être qualifiée de citoyenne parce que, en tant que citoyen, il y a des choses difficiles à tolérer. Elle nous renvoie aussi à une souffrance tout à fait personnelle, une souffrance que chacun vit pour son propre compte et contre laquelle il lutte toute sa vie, pour son propre compte, parce qu'en général, les gens n'aiment pas souffrir. Ainsi, la souffrance des intervenants est-elle polymorphe. Il faut quand même partir du principe qu'elle est déclenchée dans le travail, par le travail et qu'elle doit être réinstillée au bénéfice du travail. Mais, comment, quand on souffre, peut-on souffrir au bénéfice du travail ? Si ce n'est pas d'une manière masochiste ou compassionnelle (au sens péjoratif et sentimental de ce terme), comment réinjecter cette souffrance au service de la tâche pour laquelle on est recruté et payé ?

Une souffrance d'origine sociale

On appelle cette souffrance « souffrance psychique » par euphémisme, car s'il s'agit d'une souffrance psychique dans la mesure où elle est vécue psychiquement, mais elle est d'origine sociale, c'est-à-dire socialement corrélée. Dans « Malaise dans la civilisation », Freud avait décrit la souffrance d'origine sociale comme la plus difficile à tolérer parmi tous les types de souffrances ; on pouvait accepter de souffrir du vieillissement, des catastrophes naturelles, mais le plus difficile était d'accepter de souffrir en rapport avec autrui. Il avait appelé cette possibilité **souffrance sociale**. Quand la souffrance d'origine sociale devient une histoire politique, collective, il faudrait la nommer comme elle est, sauf que l'Etat ne peut se le permettre, car cela signifierait que cette souffrance devrait être compensée financièrement. Imaginez qu'on accepte qu'il y ait des handicaps sociaux, cela voudrait dire qu'il faut donner des pensions aux handicapés sociaux, comme on en donne aux handicapés par handicap cérébral ou psychique. Accepter cela serait une brèche impensable ; au demeurant, la souffrance psychique n'est pas une maladie, c'est un fait qui peut même être stimulant et qui peut créer du lien. Evidemment, il y a des conjonctures où la souffrance psychique peut être invalidante et empêcher de vivre. Il est difficile d'imaginer qu'on dise « *j'ai 60% de souffrance d'origine sociale : ça vaut tant* ». Aucune société ne reconnaîtra cela, ce qui est peut être mieux...

La santé mentale définie par l'ORSPERE

Toutefois, il est vrai qu'il y a une souffrance psychique d'origine sociale et c'est pour cette raison que la définition de la santé mentale par l'ORSPERE est la suivante :

« La santé mentale, c'est la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable sans destructivité mais non sans révolte »

- **« Vivre et souffrir »**. Normalement, le vivre et le souffrir ne s'opposent pas : il y a jouissance et souffrance dans le vivre. Aujourd'hui, on a besoin de parler de la souffrance. On a essayé d'enlever le mot souffrance de notre vocabulaire parce que ce mot avait une connotation « judéo-chrétienne compassionnelle », mais nous l'avons

conservé parce que ce mot parlait aux gens. La souffrance est un mot qui n'est pas technique. Il s'agit de quelque chose de pénible qu'on ne peut pas définir très précisément. Ce mot est vague, et cependant toute personne vivante la connaît, de près ou de loin.

- **Vivre « avec soi même et avec autrui »** : A la MRIE, vous aviez fait en 2002 un dossier en prenant pour thème « Prendre soin de soi ». Effectivement, prendre soin de soi fait partie des droits de l'homme et même, pour être capable de prendre soin de l'autre, il faut prendre soin de soi et que d'autres prennent soin de celui qui va prendre soin... d'autrui, c'est-à-dire que l'exclusion ou la ségrégation n'est pas acceptable.
- **« Dans un environnement donné et transformable »** : Si on disait seulement que l'environnement est donné, cela voudrait dire que c'est le destin, qu'on doit l'accepter. Non, cet environnement est à transformer.
- **« Sans destructivité »** : Il y a des pathologies de la souffrance qui détruisent le lien social, qui détruisent autrui ou qui nous détruisent nous-mêmes. L'un des buts de la santé mentale est d'empêcher que les gens se détruisent, de faire en sorte qu'ils puissent vivre en souffrant mais sans se détruire.
- **« Mais non sans révolte »** : Dans une définition de la santé mentale, dire que la révolte fait partie de la santé n'est pas anodin. On est dans une époque de grand conformisme, aussi bien dans les institutions que dans la société : il faut le consensus. Et qui peut ne pas être d'accord, sinon « les enfants de Don Quichotte » ? La révolte est la capacité de dire « non » et de rendre visible l'invisible. Dans notre société, on accepte beaucoup plus que les gens restent chez eux cloîtrés, auto-internés, ne troublant personne sauf s'ils ne payent pas leur loyer ou s'il y a des odeurs ou que l'eau déborde. Il y a une capacité à accepter la fuite à l'intérieur de soi, de son domicile ou à la limite dans la rue, mais pas à accepter le « non » et la révolte. Je crois que c'est vraiment important, y compris dans la pratique avec les usagers, les patients, d'accepter la notion de révolte qui est simplement la possibilité de dire non et ne pas la qualifier trop vite d'agressivité. La révolte fait vraiment partie de la santé mentale et de la vie en société. **Quelqu'un qui ne dérange personne n'existe pas.** Je prenais l'exemple du bébé tout à l'heure mais cela est vrai pour n'importe qui, dans la relation amoureuse, transgénérationnelle, amicale, professionnelle etc. Le fait d'être dérangé est la base de la relation intersubjective et sociale, de ce que l'on appelle altérité.

III. Santé mentale, précarité et exclusion

La précarité comme socle du lien social

A l'origine, nous sommes tous précaires, nous dépendons tous des autres. Lorsque nous sommes bébés, sans les personnes tutélaires, nous sommes pieds et poings liés, remis au bon désir d'autrui de nous reconnaître comme bébés. Le bébé a non seulement des besoins physiologiques mais aussi des besoins psychiques, de dignité et de reconnaissance créative et quasi transcendante. On est toujours soumis à la reconnaissance d'un ou plusieurs autres dans un groupe donné, groupe familial, qui lui-même est dans le groupe social. Il y a toujours le risque de ne pas être reconnu. La non reconnaissance du sujet précaire, c'est à dire de l'être humain, c'est l'exclusion. L'intérêt de la précarité ordinaire est de créer du lien, le lien social se faisant toujours à partir du manque et de la souffrance, qu'elle soit physiologique ou psychologique. Les parents n'auraient aucune relation vraiment forte avec leur bébé s'il n'était pas en grande précarité. Le lien est ambivalent puisqu'il repose sur la faiblesse. **Ainsi, la précarité ordinaire de tout être humain est d'avoir besoin d'autrui et que ce besoin lui donne confiance en autrui, en lui-même et en l'avenir.**

La « bonne » et la « mauvaise » précarité

Dans les sociétés comme la nôtre, construites sur une « mauvaise » précarité à valence² excluante par indifférence, par mur d'invisibilité, tout se passe comme si cette « bonne » précarité qui crée du lien et de la confiance, se transformait en « mauvaise » précarité qui donne de la méfiance en l'autre, le fait de ne pas s'aimer soi-même et de ne plus avoir confiance en l'avenir. La question devient une question sociale et non une question individuelle, quand beaucoup de personnes individuelles ont une souffrance psychique d'origine sociale en rapport avec un environnement excluant qui produit essentiellement, actuellement, l'atomisation des individus, le mauvais côté de l'individualisation.

Conflit entre les droits de l'homme et la logique financière

Les droits de l'homme sont le bon côté de l'individualisme, et le mauvais côté est l'atomisation de l'individu en rapport avec le néolibéralisme financier. Le conflit de notre époque est le conflit : droits de l'homme versus flux des logiques financières. Il s'agit d'un vrai conflit où une logique voudrait transformer les êtres humains en flux d'êtres humains sans valeur individuelle. Le libéralisme n'est pas en lui-même une mauvaise chose, sauf quand il n'est pas régulé par quelque chose d'autre que lui. On voit bien comment il est difficile de garder une estime des gens, du travailleur, et de ce que les travailleurs deviennent eux-mêmes avec ce que l'on appelle pudiquement « le stress au travail », qui est le nom technico-biologique de la souffrance d'exclusion au travail.

La question est de savoir comment résister, et même comment créer, dans ce système qui a tendance à produire de l'exclusion par le niveau d'excellence et d'abnégation non reconnue, à laquelle il faut s'élever pour rester dans le flux.

Au niveau sociétal, quelqu'un qui se contente de bien faire son travail n'intéresse personne, il ne passera jamais à la télé, ou seulement en cas de faits divers ; non, il faut des niveaux d'excellence, ce qui transforme ceux qui font simplement bien leur métier en simples exécutants non reconnus. **Réellement, il y a un processus d'exclusion de la valeur des individus qui est à l'œuvre, processus à la fois visible et invisible**, qui se manifeste certes davantage pour les gens à la rue, les gens cloîtrés chez eux qui ont d'importantes pathologies, mais en définitif qui est un processus collectif.

Actuellement, être dans l'exclusion, c'est s'entendre dire, à travers des euphémismes divers sur la qualité et le progrès : « *vous n'avez pas de valeur, ce qui a de la valeur, c'est d'être dans le flux continu* ». Certes, il y a eu des moments pires dans l'humanité, mais les droits de l'homme n'existaient pas pour **chaque** individu ; les droits de l'homme ont été vendus à tout le monde, et tout le monde sait désormais qu'il a une valeur en tant qu'être humain. Ainsi, il y a une vraie contradiction entre la valeur proclamée par la déclaration des droits de l'homme et puis, concrètement, les logiques centrées sur les lois du marché. Cela crée une brèche collective qui fait que les individus, voulant être reconnus comme dignes, se battent pour se faire ou disparaissent.

Qu'est ce que l'exclusion ?

Je suis souvent surpris que l'on parle « des exclus ». L'exclusion est un processus. « Un exclu » est quelqu'un qui n'existe plus dans notre société, puisque l'exclusion consiste à sortir de l'humanité, avec cette caractéristique que cela passe aussi par soi-même. L'exclusion est le sentiment de ne plus faire partie du groupe social auquel on appartient, et ce faisant de ne plus faire partie de l'humanité. Il s'agit donc d'un sentiment qui peut reposer sur des socles objectifs, ou qui peut être complètement subjectif. Quoiqu'il en soit, l'exclusion est d'abord le sentiment de ne plus faire partie de l'humanité. Je pense qu'il n'y a rien de pire, c'est une sorte de damnation sociale. Et comme la société est le réceptacle qui donne sens à l'humanité

² Selon le Petit Robert : puissance d'attraction ou de répulsion d'un objet ou d'une activité.

comme catégorie universelle, avoir le sentiment de ne plus faire partie de l'humanité, est une chose qui, chez certains, appelle la révolte, l'action, la réaction, le lien, le réseau, la créativité etc., mais chez d'autres cela empêche de vivre et peut aboutir à un « syndrome d'auto exclusion ».

J'ai regroupé sous le terme d'auto-exclusion un certain nombre de symptômes. Un de ces symptômes est l'incapacité à demander de l'aide quand on va mal, et au contraire, plus on va mal et moins on demande de l'aide. Il faut savoir que ces signes, objectivables et solides, sont fonction du regard que le groupe social a sur les individus qui le constitue. La manière de réagir au fait d'être reconnu comme un parmi d'autres, comme digne d'exister dans son groupe social, est fonction du regard. Je vais vous donner quelques exemples pour aboutir à une notion qui constituera l'essentiel de mon intervention.

- Premier exemple, dans mon service, au Centre Hospitalier le Vinatier, il y a une douzaine d'années, on devait fonder un foyer de transition. On y avait mis au départ quatre patients parmi les plus graves. Ces patients allaient très mal et étaient vraiment dérangeants. Certains avaient des comportements anti-sociaux, d'autres dormaient toute la journée. Quand ils sont arrivés au foyer, nous les avons appelés « les résidents » et nous avons établi un nouveau règlement intérieur. Ceux qui avaient des comportements anti-sociaux ne les ont plus eus, ceux qui étaient toujours au lit (les clinophiles), se sont mis à « gambader ». Alors je m'entends dire : « *mais qu'est ce que c'est que cette histoire ? Quand vous étiez dans tel service vous faisiez ceci et cela et là vous ne le faite plus !* ». Il y a une résidente qui me dit : « *mais enfin Monsieur Furtos, dans tel service, on était malade...* ». Cela signifie que lorsque l'on est dans un service avec des infirmières jour et nuit, on est vraiment mal, on est en danger pour soi, si on veut avoir une activité il faut faire des choses soit dans l'ordre de l'attaque soit dans l'ordre de la fuite, c'est à dire soit agresser les personnes présentes, soit dormir toute la journée. Le changement de règlement, et donc de regard, avait produit un changement de comportement.
- Au relais SOS, on avait réuni, dans une grande salle, neuf sénateurs et sénatrices et « des gueux », dans le sens des gens à la rue qui avaient le look de la désinsertion sociale avancée. Pendant deux heures de temps de visite, j'ai été vraiment surpris parce que ces personnes sont restées « nickel », sans comportements alcooliques et avec des prises de paroles intéressantes.
Par conséquent, tout ce que nous avons décrit à l'ORSPERE et tout ce que vous observez dans votre travail est contextuel. Evidemment, pour que quelqu'un change du tout au tout après avoir vécu des choses épouvantables, il faut longtemps, mais le côté aliénation sociale est quelque chose qui est réellement contextuel.

IV. Agir dans le travail social : l'importance de la transgression

La santé mentale nous appartient

La santé mentale n'appartient pas seulement aux médecins ou aux psychiatres. A partir de 1999, à la FNARS, avec les bénéficiaires du RMI, nous avons décrit des pratiques de santé mentale, des manières d'être qui modifient positivement la santé mentale des gens. Ces pratiques leur permettent d'être debout et de ne pas être couchés, de résister à la souffrance et de récupérer une activité.

La clinique psychosociale est la santé mentale qui apparaît au niveau du travail social, et cette souffrance ne peut avoir comme seule réponse un « psy ». D'abord, parce qu'il n'y a pas assez de « psy » et puis ce serait dommage. Si vous faite une confiance à un ami et qu'il vous répond : « *va voir un psy* », cela signifie qu'il ne peut pas vous écouter. Il en est de même si un usager vous fait des confidences et que vous lui dite d'aller voir un « psy ». **Il faut commencer par écouter** et puis voir ensuite ce que vous pouvez en faire, si vous pouvez revenir dans le cadre de votre travail ou si vous êtes obligé, atteignant des limites, de voir comment vous allez faire.

Dans certaines institutions, pour une analyse de la pratique de 1h ¼ sur un cas, on écoute les propos sur ce qui ne va pas pendant presque une heure et on parle « technique » pendant les 10-15 dernières minutes. Il faut d'abord que tout ce qui a été enregistré, écouté de l'ordre de la souffrance d'origine sociale et intersubjective soit dit et déposé, et seulement après on peut redevenir professionnel. Il est difficile de rester professionnel si on a en soi des choses trop compliquées, d'où l'importance de parler aux collègues, à la hiérarchie, à son « psy » personnel, d'avoir des analyses de la pratique quand cela existe etc.

Les marges de manœuvres

La question de la marge de manœuvre, que j'ai aussi appelé « transgression », est une question à laquelle on est confronté quand on travaille au contact des gens en souffrance, qu'on soit dans le sanitaire au sens strict ou dans le travail social. Transgression signifie « aller au-delà ». Dans toutes les institutions, il y a des choses permises par le règlement intérieur, la loi, les coutumes non écrites, et des choses défendues. Toutefois, comme les lois viennent toujours sous les pressions de la nécessité, des gens, des catastrophes, lorsqu'une loi vient, elle est déjà en retard de 20 ou 25 ans. A titre d'exemple, les lois des hôpitaux psychiatriques, sont des lois qui concernent les hôpitaux du temps où il n'y avait pas de secteur de psychiatrie. Le règlement intérieur des hôpitaux est complètement dépassé, il faut sans arrêt transgresser. La marge de manœuvre correspond à la liberté de manœuvre et à la capacité d'intelligence dans son travail. En voici deux exemples :

- Le premier exemple concerne toujours ce foyer de transition. En attendant d'avoir un nouveau bâtiment, on devait être au deuxième étage d'un établissement désaffecté. Il y avait un ascenseur mais seul le personnel avait le droit de monter dans l'ascenseur car il s'agissait d'un ascenseur à clé. Cela était ennuyeux car certains patients avaient une insuffisance respiratoire, d'autres étaient obèses, et monter au deuxième étage avec des marches très accusées leur était difficile. En même temps, il était interdit de donner des clés aux patients. Un jour, le surveillant m'envoie un mail en me disant : « *Monsieur Furtos, j'ai les clés pour chacun des résidents, je vais leur donner* » et je lui réponds : « *Transgression validée* ». Il était certain que cela était quelque chose d'absolument interdit ; la loi hospitalière était désuète tout simplement, mais jamais on ne demandera à une administration d'autoriser quelque chose de défendu. On peut parfois fermer les yeux sur quelque chose de défendu mais de légitime. Il y a une différence entre le légal et le légitime : il y a des choses qui sont illégales mais qui sont légitimes.

La grève du zèle

Lorsque vous faites uniquement ce qui est réglementaire, c'est à dire si votre travail effectué est égal au travail prescrit, cela correspond à la grève du zèle. Toutes les fois que vous travaillez, il doit y avoir :

Travail effectué = travail prescrit + « e »

Le facteur « e » correspond à ce que chaque travailleur met de lui-même et de son intelligence pour que tout se passe bien. Même dans le travail à la chaîne, on est obligé de faire des bricoles pour que les machines ne se bloquent pas etc. A chaque niveau, il faut prendre des initiatives pour cela marche. Le travail qui marche est en fonction des gens qui en font leur affaire. S'ils font quelque chose d'un peu excessif, il faut en parler au chef et si ce dernier est d'accord, cela signifie qu'il assume, qu'il est responsable si un problème se pose.

- Par rapport à la transgression, je vais vous donner un autre exemple de la police de New York, qui est dans le livre de Goffman : « *Asile* ». C'était dans les années 50, il faisait très chaud et des jeunes New Yorkais, dans certains quartiers, ouvraient les vannes à incendie pour prendre une douche. L'eau était gaspillée et cela était tout à fait défendu. Mais en même temps, à l'époque, il y avait des pompiers et des policiers, intelligents dans la mesure où ils ont accepté d'être dérangés par la demande de l'utilisateur. Ils ont inventé un système de micro robinet qu'ils donnaient aux jeunes pour qu'ils se branchent sur l'eau et qu'ils puissent ainsi prendre leur douche, avec l'accord de la hiérarchie des pompiers et des policiers. Dans cet exemple, on voit bien comment le règlement n'est pas un sanctuaire que l'on profane en faisant une transgression, mais un cadre au service de l'humain vivant en société. Pour être au service de l'humain vivant en société, il est possible de transgresser au service d'autrui, si possible avec une alliance avec les chefs.

La pratique précède les lois

D'une certaine manière, la clinique précède l'institution. Bien sûr, on ne peut pas faire n'importe quoi, il y a une éthique et un cadre. D'un autre côté, ce que nous faisons précède l'institution et c'est pour cela que les lois changent continuellement. Avec des gens qui sont en situation d'exclusion (c'est à dire en situation de faiblesse et qui se mettent à inventer, pour survivre, des comportements soit de repli sur soi, de disparition de soi-même, soit d'agression, avec beaucoup de persécution) ; lorsqu'ils viennent voir un travailleur social ou un médecin, si on leur dit « *c'est comme ça et pas autrement* », comment vont-ils pouvoir co-construire avec les professionnels ? Comment pouvez-vous construire avec eux quelque chose qui relève du sur-mesure, qui convienne à ce qu'ils sont, si vous n'avez pas de marges de manœuvre qui vont permettre la co-construction ? **La co-construction, c'est l'improvisation dans un certain cadre.** Toute création est toujours une transgression dans la mesure où elle apparaît pour la première fois. Ce qui marche, c'est ce que vous improvisez, ce que vous inventez, ce qui est vraiment du sur-mesure pour l'autre. Une des questions qui se pose, dans une société démocratique comme la notre, est : comment les hiérarchies intermédiaires peuvent-elles, tout en gardant une certaine ligne réglementaire, protéger le travail avec des marges de manœuvre, et en rendre compte à la hiérarchie afin de faire évoluer les pratiques ? La santé mentale est la capacité de vivre et souffrir, y compris dans son travail, dans un environnement donné, donc un environnement professionnel, mais transformable. D'ailleurs le seul intérêt du travail, est de le transformer sinon on s'ennuie et on entre dans la routine. Ce mot de transgression validée parle car il signifie qu'il y a la transgression et la validation, c'est la reconnaissance de la créativité de celui qui est en première ligne, par celui qui protège le travail.

V. Débat avec les participants du séminaire

Un participant : En tant que cadre des Conseils Généraux, il est vrai qu'on est au cœur de ces questions de santé, de participation des usagers, parce que les cadres institutionnels qui nous sont donnés, les objectifs, les façons de rendre compte de notre travail, rendent très difficiles la mise en place d'actions participatives. Et justement, il est intéressant que l'on ait cette notion de marge de manœuvre : quelles marges de manœuvre avons-nous, dans ce contexte de contrats institutionnels et de décentralisation où les compétences sont de plus en plus dispersées, pour mettre en place des actions qui associent les personnes en question, alors qu'aujourd'hui même on a encore beaucoup de mal à faire cela ? Il est très compliqué d'avancer dans ce sens et la notion que vous évoquiez de transgression validée, est quelque chose que l'on vit tous les jours. Notre travail est d'écrire les règlements départementaux et les territoires doivent alors mettre en place des actions. Et, ces territoires nous font remonter, sans cesse, des demandes de transgression. Il me semble que traiter ces demandes de transgression est le travail d'un cadre dans le social.

Un participant : Dans le prolongement de ce qui vient d'être exprimé, comment faire pour que ces marges de manœuvre ne soient pas cantonnées dans l'expérimentation qui effectivement autorise la créativité mais qui ne modifie en rien le cœur même de l'organisation ?

Jean Furtos : Bien sûr, il est important que ces marges de manœuvres ne soient pas cantonnées à des exceptions qui autorisent à être « bête » et à faire la grève du zèle partout ailleurs. La grève du zèle est catastrophique parce que la seule chose que veulent les professionnels est de bien faire leur métier et d'avoir du bel ouvrage. J'ai mis trois mots en réaction à ce que vous avez dit, d'abord, votre rôle à vous qui êtes un chef, est d'éduquer les chefs au-dessus de vous ou les élus, c'est à dire de continuer à faire remonter. A l'ORSPERE, nous avons travaillé avec des élus, avec des maires.

Ce sont les élus que nous ont fait comprendre que la santé mentale était une question collective. Un jour, les décideurs du comité scientifique de l'ORSPERE ont choisi que le prochain thème de la journée thématique devait porter sur la souffrance psychique, les décideurs et les élus, ce qui ne m'enchantait pas. Ainsi, nous avons eu des maires, des conseillers généraux et des sénateurs. A notre grande stupeur, ils avaient une connaissance du terrain qui était très différente de la nôtre, professionnels. Ils avaient une importante connaissance du terrain et même une connaissance clinique, et semblaient en connaître plus que nous. Je me suis alors dit que la santé mentale n'était pas une affaire professionnelle mais politique, c'est à dire de l'ordre du « vivre ensemble ». Grâce aux élus, j'ai compris qu'ils avaient une activité en tant qu'élus et nous, en tant que professionnels. Cela a élargi ma vision. Ensuite, on a fait une recherche, où on a eu les maires de petites villes et les adjoints aux maires avec lesquels nous avons beaucoup appris et eux ont appris avec nous. Ils se sont aperçus qu'ils souffraient, comme tout le monde, mais qu'en tant qu'élus de la République, ils n'avaient pas le droit de le reconnaître, ce qui leur a provoqué une liberté intérieure, même si les élus qui acceptent de souffrir officiellement sont minoritaires.

La santé mentale en tant que pathologie transversale

Il est important de s'apercevoir que dans vos institutions vous avez des pathologies transversales. La santé mentale dont je vous ai parlé est une santé mentale transversale, qui n'appartient à aucune corporation, ni même aux psy ou aux médecins. Je suis absolument contre les dispensaires CMP qui s'appellent « dispensaires de santé mentale », car on n'a pas à confisquer la santé mentale, elle appartient à tous ceux qui oeuvrent y compris les architectes, les urbanistes et les politiques.

« Faire son affaire d'un problème »

Je souhaiterais vulgariser quelque chose qui est d'une banalité extrême : lorsque l'on a un problème, il faut en faire son affaire. Lorsque l'on est interpellé par un problème, il faut centraliser autour de soi et ne pas utiliser le règlement et les blocs de compétences pour se défaire de la chose. Avec le peu de pouvoir que l'on a, on organise la réponse et on en fait son affaire. C'est aussi de cette façon que le réseau se crée, et c'est aussi cela le facteur « e » qui fait qu'on ne fait pas de grève du zèle.

Un participant : Deux personnes en situation de précarité que l'on peut être amené à recevoir et qui vivent la même situation réagissent de façon différente. Est-ce que cela n'est pas finalement lié aux processus de construction qui ont été mis en place dans la petite enfance ? En tant que travailleurs sociaux, par rapport à une personne avec laquelle on n'arrive pas à « enclencher » la relation, nous sommes démunis. Il y a quelque chose qui a à voir avec la structuration de la personne et qui n'est pas vraiment notre compétence, qui est de l'ordre du « psy ».

Jean Furtos : Vous avez intégré la construction de la psychanalyse, c'est à dire que l'enfant est le père de l'homme, et donc que, en fonction de ce que l'on a vécu dans l'enfance, on se structure au fur et à mesure, et cela crée des plis qui sont irréversibles, dont une partie est mobile et l'autre partie immobile. En tant que travaillant dans un service social, vous n'êtes pas supposé savoir cela dans votre pratique. Donc, il faut voir ce que Freud appelait « l'actuel », c'est à dire ce qui se passe entre vous et lui et dans sa vie actuellement. Si vous avez le sentiment qu'il y a des choses de la petite enfance qui viennent et reviennent, peut être que vous pourrez l'orienter vers un professionnel du CMP. Il n'y aurait pas eu l'actuel, il n'aurait peut être pas décompensé. Pour ceux qui n'ont pas supporté de se retrouver au chômage, il est vrai que l'abandon de la vie active réactive l'abandon précoce mais sans abandon en rapport avec le travail, il n'y aurait peut-être pas eu de réactivation. Il ne faut pas qu'on devienne tous des psychanalystes. Il faut toujours revenir dans le cadre dans lequel on est parce que sinon on risque de travailler dans la confusion.

Se « laver » de l'urgence

Il y a quelque chose qui est important sur l'urgence qui est une notion importante d'abord parce que pour tous, il y a une « urgentification » du temps qui est en rapport avec la mise sous pression du travail par le néolibéralisme. En effet, on assiste à une pression au travail avec une diminution du futur, et donc une urgentification du travail. Je dis toujours que si on veut correspondre aux qualités ISO³, il faut toujours perdre son temps dans une institution. Celui qui ne perd pas au moins deux heures par semaine n'arrive pas à centrer sa pensée, à laver sa pensée de l'urgence et il est très important de rester des sujets pensants, intelligents. La capacité de perdre apparemment son temps en revenant sur des situations, en parlant de choses difficiles ou faciles parfois, est extrêmement importante.

Se désobjectiver pour refuser de souffrir

Certaines personnes sont dans le syndrome d'exclusion, et se désobjectivent complètement pour ne pas souffrir et ne pas penser. Ces personnes ne sentent plus leur corps, leurs émotions, et apparaissent comme des débiles. Il s'agit de pathologies de la disparition. Lorsque l'on est face à quelqu'un qui est en situation de s'exclure de lui-même pour ne pas souffrir et ne pas penser, il ne faut pas le forcer dans ses retranchements, mais le respecter dans sa manière de dire « non, je ne veux pas souffrir ». Lorsque la personne revient à un moment où à un autre, il faut savoir que c'est le plus personnel d'elle-même qui revient dans l'urgence. En maîtrisant l'urgence, on peut orienter la personne sur l'accompagnement, parce qu'il y a des choses qui ne sont pas possibles dans l'accompagnement, avant que ce ne soit vu sous la modalité de l'urgence.

³ Organisation Internationale de Normalisation

Ambivalence de l'urgence

L'urgentification de la médecine est, pour moi, un signe de précarité, au sens péjoratif du terme car les gens se soignent quand ils ne peuvent plus faire autrement, y compris les gens comme vous et moi, qui n'ont plus le temps et au dernier moment se rendent aux urgences. L'urgence est une des ambivalences de notre époque car **c'est dans l'urgence que les gens apparaissent dans leur vulnérabilité mais c'est aussi là où on les traite en urgence, donc pas dans la durée.** Ils apparaissent dans leur souffrance mais ne peuvent être traités que dans l'urgence. Comment à partir de situations d'urgence, réorienter sur des réseaux qui oeuvrent dans la durée ?

Il ne faut pas trop avoir peur de l'urgence, parce que souvent l'urgence est vécue dans le domaine de l'agressivité, le bouleversement. Il se passe aussi des choses dans l'urgence si on garde son calme.

Un participant : En contrepoids de cette réflexion sur l'urgence, il y a aussi le fait que l'accompagnement soit souvent un accompagnement vers un accès à l'emploi, un accès au logement ; or, aujourd'hui, l'accompagnement est un accompagnement à l'attente, à rien, à l'impuissance.

Jean Furtos : C'est une analyse sévère et lucide sûrement de dire : « *on accompagne à rien* ». Il est vrai que ces quinze dernières années, on est passé d'une obsession que les gens ne perdent pas leur travail ou en retrouve un, à une obsession que les gens ne perdent pas leur logement ou en retrouve un. Avant, il était question d'être chômeur ou pas et maintenant il est question d'être à la rue ou pas, on a donc régressé dans nos ambitions. Evidemment, outre les problèmes politiques que cela pose, cela implique d'abord de ne pas raconter des mensonges. Cela implique soi-même de souffrir et de partager cette impuissance. Il faut être de plus en plus costaud pour tenir un travail « ordinaire ». Le travail reste important et, entre le travail normalisé et les dispositifs temporaires, il manque réellement quelque chose qui soit à la mesure des gens un peu vulnérables.

Je ne suis pas trop dans ce domaine actuellement mais ce que je sais c'est qu'il ne faut pas faire rêver les gens : **l'accompagnement est un vrai accompagnement y compris dans la déception.**

Sur le logement, à l'ORSPERE, on fait une étude sur les troubles de voisinages en France, pour mettre en application le fait que la santé mentale, c'est vivre ensemble. Les troubles du voisinage sont l'envers du comment voisiner. L'un des problèmes actuellement est d'avoir des logements adaptés pour certains, d'augmenter le niveau de tolérance et de médiation et de diminuer le niveau de ségrégation. On a diminué les murs, on a cassé les murs des hôpitaux psychiatriques, le mur de Berlin, etc., mais il y a beaucoup d'autres murs qui se sont élevés : des murs entre le Mexique et la Californie, des murs entre Israël et la Cisjordanie, et des murs entre les classes sociales, des murs de ségrégation. Donc, la capacité de travailler sur le terrain pour la tolérance d'un voisinage avec des gens qui dérangent est un enjeu très important actuellement. Comment, quand je suis dérangé par mon voisin, j'utilise les médiations et comment on va paraître l'un et l'autre dans un conflit qui n'est plus de l'intrusion ? Comment transformer un intrus qui dérange en un voisin difficile ?

Voisiner sans persécuter

Une autre solution serait le sécuritaire, qui est l'option dans le signe des temps de la précarité avec la mélancolisation du lien social et la persécution. Faut-il valider un climat de persécution ou faut-il jouer sur les marges de tolérance ? Comment faire pour ne pas en rajouter à l'insécurité persécutoire ? En termes de santé mentale, les deux maîtres mots de notre culture sont : les gens s'isolent, les gens se persécutent. Comment ne pas se persécuter dans sa propre institution, car le voisiner se retrouve à tous les niveaux. Il s'agit d'une ambition modeste mais d'une ambition qui, dans sa modestie est intéressante parce qu'elle vise à garder l'essentiel de l'estime de soi, de la confiance en autrui, de la capacité de voisiner

etc. Je pense que dans vos institutions, ceci est un enjeu pour vous aussi : comment aider les gens à voisiner ?

Un participant : Il y a une bonne partie des publics que l'on reçoit qui, apparemment n'a pas de demande objectivée. Je travaille dans le dispositif RMI, et on a tenu à faire émerger une demande, à rentrer dans un contrat etc. Parfois on ne sait pas comment arriver à cela, on est face à une pelote de laine, et on ne sait pas par quel bout prendre la situation et comment arriver à rentrer en relation, dans la mesure où il n'y a pas cette fameuse demande. Il me semble que la question de la demande pose problème, y compris dans la relation entre le service social et la psychiatrie qui nous dit qu'elle n'intervient que s'il y a demande.

Jean Furtos : La demande est un luxe de personne bien portante psychologiquement, même s'il s'agit d'un luxe absolument nécessaire. Plus on va mal moins on demande. Parfois, on a tendance à s'abandonner nous-mêmes, et il y a quelqu'un qui nous pousse : il s'agit de la demande stimulée par un autre, par celui qui aime, celui qui se fait du souci ; cet autre qui porte alors la demande. On ne devrait tolérer d'aucun psy le fait d'attendre la demande, même si on doit l'espérer. Effectivement la demande suppose une activité psychique, mais ce n'est pas pour cela qu'il faut renoncer à la demande. Et puis, dans ces circonstances, **la demande peut être portée par quelqu'un d'autre.**

❖ Je vais vous donner un exemple : une infirmière va chez une étudiante qui est soumise à un processus schizophrénique hallucinatoire. Cette jeune fille, qui commençait une schizophrénie, ne voulait pas d'aide, et encore moins chez elle. Mais elle était camouflée sous son lit, repliée. L'infirmière lui a dit « *je ne peux pas vous laisser comme ça, je vais revenir, c'est moi qui veux revenir vous voir* ». Elle a émis une demande en son nom. Et le soin s'est bien passé sur trois années à domicile.

Accepter de travailler avec la non-demande du public

Si on accepte totalement que quelqu'un qui va mal n'ait pas d'aide parce qu'il ne demande rien, cela s'apparente à l'abandon de personne en danger. Si, d'un autre côté, on y va avec l'arrogance de celui qui sait que l'autre a besoin, cela signifie aussi l'arrogance de l'ingérence. Il doit y avoir co-construction, qui est un art non décrit dans les protocoles.

Les médecins généralistes de Grenoble ont cette formulation extraordinaire pour définir la non demande du syndrome d'auto-exclusion : « *retard ou renoncement à la demande* ». Retard signifie qu'il faut avoir confiance dans le temps, on est là. Renoncement ne signifie pas qu'ils n'ont pas de demande mais qu'apparemment ils renoncent à cette demande. En termes existentiels, cela veut dire qu'ils renoncent à eux-mêmes, à autrui et que **c'est à autrui de ne pas renoncer**. Les mots que nous utilisons dans la théorie sont très importants pour la pratique elle-même. Nous avons à travailler avec des mots extrêmement respectueux sur les processus qui affectent ceux qu'on appelle « *les plus faibles* » et qui sont, en réalité, dans des conjonctures de faiblesse. Les forts ordonnent et commandent, les faibles, ne demandent pas, ou même récusent, parce qu'ils ne veulent pas qu'on touche à leur souffrance, ils n'ont plus confiance en eux.

❖ Avec une infirmière, j'étais allé rendre visite à un résident qui allait être viré du Sonacotra. Il s'agissait d'un sujet isolé, qui n'était pas sorti de son foyer depuis...neuf ans, qui avait rompu les ponts avec sa famille, alcoolique, hypomane, toujours excité. Le seul moment où j'ai vu qu'il allait mal fut lorsque je lui ai demandé d'éteindre la télé pour que l'on puisse s'entendre : il a répondu : « *si j'arrête, c'est l'enfer* ». On discute ensemble du fait qu'il va se faire virer du foyer, qu'il va mal etc. A la fin, je lui demande s'il veut que je revienne, il me dit : « *moi je ne veux rien mais vous, est ce que vous voulez revenir ?* », alors je lui réponds que je veux revenir et il me dit « *alors je vous accueillerai* ». Cette personne avait la capacité de dire non, de dire oui mais n'avait pas la capacité de demander. Il fallait porter sa capacité à demander pour le respecter.

Il faut accepter de travailler avec la non demande, de la mettre au travail, de ne pas savoir et d'avoir un peu de temps.

Prendre en compte la santé dans les enjeux de la lutte contre les exclusions

Vincent PLAZY, Directeur-adjoint
et Flora PARIS, Chargée de mission, MRIE Rhône-Alpes

Mettre en relation les problématiques de santé et celles d'insertion nécessite de croiser les différentes cultures professionnelles et d'interroger les places des différents acteurs concernés. Lors du séminaire « Santé et Insertion » de fin janvier 2007⁴, la qualité et la diversité des interventions ont permis de porter un regard précis et renouvelé sur des problématiques importantes, et de dégager des points d'attention utiles pour l'animation et la mise en œuvre des politiques publiques.

Ces points alimentent la réflexion engagée par la MRIE à la demande du Conseil Economique et Social de Rhône-Alpes (CESR) sur les causes et les enjeux des politiques de lutte contre les exclusions. Trois dimensions de la lutte contre les exclusions avaient alors été développées : la reconnaissance sociale, l'égal accès aux droits fondamentaux et l'exercice de la citoyenneté. Elles avaient été présentées dans la Lettre de la MRIE n°13 d'octobre 2006. Nous reprenons aujourd'hui ces dimensions et les questionnements qui en découlent, en prolongement des interventions du séminaire publiées dans le présent dossier.

I. La reconnaissance sociale : être sujet et acteur de sa santé

A l'origine des problématiques de santé des populations en situation de précarité ou de pauvreté, on repère bien souvent la question de la reconnaissance sociale. Comment être reconnue dans ses réalités de vie, ses besoins vitaux, ses attentes fondamentales comme une personne à part entière, participant à la commune humanité ? Comme l'a souligné François Guillot d'ATD Quart Monde en évoquant les paroles des participants aux universités populaires : « *le plus dur, ce n'est pas de vivre sans rien, c'est d'être considéré comme rien* »⁵.

1. La reconnaissance des attentes sur ce qui est nécessaire pour être en bonne santé

La reconnaissance sociale passe déjà par la reconnaissance de ce qui est nécessaire pour être en bonne santé. « *La santé, c'est quoi pour vous ?* », cette question a été posée par des femmes enquêtrices à d'autres femmes de leur quartier populaire. Les réponses apportées ont montré que la santé ne relevait ni de l'aspirine, ni des antibiotiques, ni des vaccins, mais bien plus profondément de la joie de vivre, du physique et du moral⁶.

Chacun, et tout particulièrement celui qui est confronté à la précarité, aspire à être reconnu dans sa dimension de personne, et attend que l'entourage soit attentif à tout ce qui touche à la dignité humaine, sans stigmatisation ni accusation. Dans leur recherche action, Christine Durif-Bruckert et Sophie Pamiès⁷ ont parlé de « *stratégie de maintien identitaire* » des usagers en situation de précarité, qui cherchent à « *sauegarder les conditions de vie qui leur permettent de continuer à se penser humain* ».

⁴ Séminaire organisé par la MRIE les 22 et 23 janvier 2007.

⁵ Dossier ressources : « *Connaître avec pour agir ensemble* », MRIE, 2005, p 114

⁶ Dossier ressources : « *Connaître avec pour agir ensemble* », MRIE, 2005, p 130-133

⁷ « Lutter contre les malentendus dans le rapport à la santé et aux soins des professionnels et des personnes en insertion », p.12

Chaque personne attend aussi d'être reconnue dans une dimension de sujet, et non comme un « cas à traiter », sans enfermement dans une catégorie administrative ni dans un statut de bénéficiaire-objet de l'intervention de spécialistes tout-puissants.

Il s'agit encore de reconnaître la résistance de ceux qui ont à faire face à des conditions de vie très difficiles et qui luttent pour tenir debout « malgré tout », alors que très souvent le regard porté sur eux souligne leurs échecs et leurs incapacités à se prendre en charge. C'est déjà en valorisant le « chemin déjà parcouru », que l'on peut mesurer le « chemin restant à accomplir » et motiver la personne à aller de l'avant.

L'enjeu majeur de la reconnaissance sociale d'un public précarisé et donc vulnérable est de ne pas devenir socialement invisible. Dans son exposé, Benoît Eyraud⁸ évoque la situation d'habitat de Pauletta et sa fille, dans laquelle elles paraissent inconnues des partenaires sociaux, du bailleur et des voisins, et totalement déconnectées de la société dans laquelle elles vivent. Etre acteur de sa propre vie nécessite d'être connu et reconnu par d'autres.

De même, prendre soin de soi nécessite d'avoir une certaine estime de soi. Comme l'explique Jean Furtos, une responsabilité est toujours relationnelle. Pour être responsable de sa santé, il faut être dans un réseau de relation qui permet cette estime de soi qui donne la force de résister à ce qui peut être écrasant et destructeur.

2. La reconnaissance des réalités vécues dans lesquelles sont repérées des difficultés de santé et d'accès aux soins

La reconnaissance sociale est possible si la personne destinataire de l'action publique est prise en compte dans la globalité de ce qu'elle vit, et non uniquement dans le problème diagnostiqué par les professionnels. Si la segmentation et la dissociation des « problématiques » des personnes orientées (problématiques logement, emploi, troubles psychologiques, administratives et mêmes « sanitaires » au sens étroit) peuvent parfois correspondre et accommoder le cadre de travail des professionnels, elles ne doivent pas les conduire à se limiter aux seuls aspects concernant leur rôle. Il est, en effet, primordial, que soit remis dans leur contexte l'ensemble des « problématiques » qui s'inscrivent dans la réalité vécue par la personne concernée, en sollicitant alors son point de vue pour identifier des leviers pour l'action.

Certaines réalités, dans lesquelles sont repérées des difficultés de santé et d'accès aux soins, sont encore peu ou mal prises en compte. Sur ce point, trois exemples attestent notamment d'une évolution, voire d'une extension du public concerné par des problématiques de « santé-précarité ».

On pourrait se questionner sur les conséquences de la vie en errance et les effets d'aggravation des troubles psychologiques propres au mode de vie des personnes sans domicile fixe, désolidarisées de leurs proches et amenées à côtoyer d'autres personnes en souffrance psychiques multiples et prononcées. Ces personnes auraient besoin d'un espace et d'un temps d'accompagnement pour « réparer » les accidents de leur vie. Or, cet espace se réduit aujourd'hui, à la fois par manque de temps pour les accompagner, à la fois par un durcissement réglementaire des conditions d'accès aux droits (cf. les conditions d'accès à l'Aide Médicale Etat). Comment recueillir, entendre et prendre en compte les problématiques santé de ces personnes en marge de la société ?

Pour ceux qui ont de faibles ressources, l'accès à une mutuelle santé est très complexe et reste difficile, voire impossible, malgré la Couverture Maladie Universelle (CMU). Nombreux

⁸ « L'habiter et la santé : la prise en charge de la santé mentale par les acteurs de l'habitat », p.16

sont ceux qui ont des revenus en dessous du seuil de pauvreté mais légèrement supérieurs aux seuils réglementaires pour accéder à la CMU Complémentaire. Une aide à la mutualisation a été mise en place pour tenir compte de ces situations, mais là encore, les plafonds pour accéder à cette aide sont bas et ne permettent pas de garantir l'accès aux soins les plus onéreux pour ceux qui ont de bas revenus. Ainsi, un couple de personnes bénéficiant de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou du Fonds de Solidarité Vieillesse est au-dessus des plafonds de ressources. Or, la part laissée à la charge des assurés sociaux dans le financement des soins augmente. Comment repenser l'accès aux dispositifs de soins pour les populations pauvres pénalisées par ces plafonds de ressources ?

Comme nous avons pu l'entendre à l'occasion du séminaire, Médecins du Monde organise des campagnes alimentaires d'été destinées aux 0-3 ans, dans une période de l'année où les dispositifs d'aide sont très peu actifs. L'association a fait le constat que, depuis 2005, le profil des familles reçues a évolué : il y a de plus en plus de familles françaises (16% en 2006 et 8% en 2005), qui normalement ont accès aux dispositifs d'aide publique. Ces familles, essentiellement monoparentales, ne devraient pas avoir recours à la distribution gratuite de lait ou de biberons pour nourrissons. Cette évolution du profil des familles bénéficiaires de la campagne d'été de l'association atteste-elle d'une précarisation importante des familles qui ne savent pas comment bénéficier de leurs droits, ou révèle-t-elle une population qui s'adresse aux distributions caritatives de mieux en mieux repérées par peur des institutions sociales ?

Les difficultés de santé et d'accès aux soins ont non seulement pour origines les contextes sociaux et les logiques administratives précédemment décrits, mais elles posent aussi la question centrale du rapport au temps pour les personnes en situations de pauvreté et précarité. L'accompagnement santé de ce public nécessite de reconnaître ces différences de rapport au temps afin de permettre une compréhension et une adaptation à leur temporalité, comme l'a analysé Nicolas Fieulaine⁹.

Une veille « santé précarité » est à construire avec les acteurs qui sont aux côtés des populations en difficulté et éloignées des logiques administratives : acteurs de l'urgence sociale, intervenants sociaux de terrain et militants associatifs. Elle est aussi à construire avec les personnes elles-mêmes pour ne pas se résigner à des droits au rabais pour les pauvres : *« quand on est pauvre, le droit qui nous est accordé nous ressemble, il est pauvre aussi. »*

3. La reconnaissance des savoirs nécessaires pour agir dans le domaine de la santé

La reconnaissance sociale nécessite une reconnaissance des savoirs nécessaires pour agir dans le domaine de la santé. Jean Faya¹⁰, médecin et anthropologue, développe au sein de son association « Epi-Ethno-Santé » une analyse des interactions entre les savoirs populaires des personnes en difficultés de santé, particulièrement celles qui sont confrontées à la précarité et la pauvreté, et les savoirs médicaux des professionnels de la santé.

Lors du séminaire, il s'est interrogé sur la reconnaissance et la prise en compte des savoirs de chacun sur la santé : *« Les populations visées ne sont pas des « cruches vides » que l'on doit remplir de connaissance scientifique. Elles ont leurs propres modèles explicatifs qui créent du sens dans l'analyse des symptômes. Elles doivent pouvoir guider la recherche d'aide et les conduites pour se prémunir de la maladie et du malheur »*. Il est nécessaire de rechercher les conditions d'un dialogue possible entre les savoirs de chacun : *« En regard, les soignants ont leur propre modèle explicatif de la maladie. La médecine est une pratique avant d'être une science. Ce qui ne doit pas disqualifier la science médicale. Mais il faut trouver une juste position entre la connaissance scientifique et le raisonnement ordinaire »*.

⁹ « Temps de l'urgence, temps de projet : la rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situation de précarité », p41

¹⁰ « La prise en charge sanitaire des populations défavorisées : croiser les représentations entre soignants et soignés », p.7

L'important est alors de s'interroger sur la prise en compte des savoirs de chacun sur la santé. Jean Faya fait le constat que « *la relation soignant-soigné nécessite de partager des points de vue sur la santé. Or, il y a beaucoup d'incompréhension mutuelle du fait de la distance socioculturelle entre le soignant et le soigné en situation de précarité* ».

La rencontre des savoirs est nécessaire pour acquérir une connaissance pertinente des conditions de prise en charge de la santé des populations « en difficultés », mais elle est aussi un moment « clé » pour construire les bases de coopérations entre soignants et soignés.

II. L'égal accès aux droits fondamentaux : une offre de soins et un accompagnement santé de qualité pour tous

La seconde dimension à intégrer dans la réflexion sur les problématiques de santé des personnes en situation de précarité et de pauvreté est celle de l'égal accès aux droits fondamentaux. Comment prendre en compte et corriger les inégalités d'offre de soins sur les territoires ? Comment favoriser, grâce à l'accompagnement des personnes fragilisées, un recours aux soins de qualité pour tous les publics ?

1. Lutter contre les inégalités territoriales dans l'offre de soins

Dans un contexte d'évolution de l'organisation de l'action publique, la question des inégalités territoriales dans l'offre de soins est importante à prendre en compte. Les traditionnelles inégalités territoriales dans l'implantation des hôpitaux et l'installation des médecins libéraux, en défaveur des quartiers populaires, ne se corrigent pas. Selon les rapports de l'Observatoire national des Zones Urbaines Sensibles (ZUS), les ZUS ont, en moyenne, deux fois moins d'établissements médicaux que leurs communes ou leurs unités urbaines. Et pourtant, les habitants de ces quartiers populaires se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population¹¹.

De plus, ce sont justement les familles populaires qui connaissent les plus grandes difficultés quant à la mobilité. Ainsi, dans un quartier populaire isolé de Chambéry, des professionnels ont constaté des situations de non-recours aux soins du fait de l'absence d'un médecin et d'une pharmacie proches. Les personnes concernées sollicitent alors l'hôpital public quand la situation s'aggrave, ce qui n'est pas sans conséquences sur leur santé et sur le coût des soins alors nécessaires.

La prise en charge en santé mentale est très insuffisante dans les territoires éloignés des centres urbains. Aussi, des personnes en souffrance psychique se retrouvent contraintes à choisir entre rester dans leur réseau de proximité et ne pas bénéficier d'une aide médicale, ou rompre avec leur réseau de proximité pour aller dans une grande ville où ils pourront accéder à une offre en santé mentale. Au cours d'une réunion de travail organisée en 2005 avec des professionnels du secteur psychiatrique du Nord-Isère¹², nous avons pu relever que les recrutements de psychiatres ou de praticiens hospitaliers étaient de plus en plus difficiles sur ce territoire du fait de l'appauvrissement des structures existantes. Certains postes n'étaient pas pourvus et il manquait alors cinq médecins sur l'ensemble de la zone, par manque de candidats. Dans le même temps, des postes d'infirmiers étaient transformés en postes d'aide-soignants, pour des raisons budgétaires. Les professionnels avaient le sentiment d'une politique de « découragement » très nette dans le milieu rural. La question se pose encore de l'articulation entre les politiques et les dispositifs dans les milieux urbains, et surtout dans les

¹¹ Rapport 2005 et 2006 de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS)

¹² Dossier annuel 2005 de la MRIE, article « *Une vue du travail social de secteur psychiatrique en Nord-Isère* », p. 134 à 136

grandes villes et ce qui se passe en milieu rural ou semi rural. Qu'en est-il de la solidarité et de la cohérence de l'offre médico-sociale dans le territoire et entre territoires ?

Aux inégalités territoriales d'accès aux soins s'ajoutent aussi des inégalités « sociales ». Un colloque organisé par les Hôpitaux de Paris alerte en 2005 et pose la question : l'hôpital public est-il encore hospitalier pour les pauvres ? Le constat des intervenants, dont plusieurs chefs de services hospitaliers, fait apparaître que les maladies des pauvres intéressent de moins en moins les responsables des hôpitaux publics qui privilégient des prises en charge très techniques et très onéreuses. Par ailleurs, la rationalisation de la gestion des hôpitaux conduit à affecter un certain nombre de journées d'hospitalisation pour chaque maladie, et permet de moins en moins de prendre en compte les conditions de sortie de l'hôpital pour garantir une continuité des soins, notamment pour les publics en situations les plus précaires.

2. Renforcer l'accompagnement vers le soin des populations confrontées à la précarité

Face à ces constats, des dispositifs ont été créés pour améliorer l'accès aux soins des personnes confrontées à la précarité comme les réseaux Rue-Hôpital ou les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) rattachés aux Hôpitaux. Différentes actions menées par des associations ou des institutions publiques ont été présentées lors du séminaire de janvier. Mathilde Moradell¹³ a relevé que les principes de l'accompagnement vers le soin des personnes en situation de précarité ne sont pas différents de ceux mobilisés au bénéfice d'autres catégories de populations, mais que la mise en œuvre nécessite des moyens humains et matériels adaptés ainsi qu'un engagement fort des intervenants sollicités.

Améliorer l'accès aux soins nécessite déjà de se rapprocher des publics fragilisés et de les informer des possibilités d'intervention à proximité. A ce sujet, l'association Solen¹⁴ d'Aubenas, a mis en place un « Accueil Santé » spécifiquement destiné aux populations en grande précarité ou en errance, dont un des objectifs principaux est de proposer un temps d'accueil, d'écoute et d'information aux usagers et de proposer une « passerelle » avec les services de soins.

Améliorer l'accès aux soins ce peut être aussi intégrer les publics fragilisés aux réflexions des professionnels sur le recours aux soins via des formations croisées, comme cela est mis en place sur le territoire de Chambéry¹⁵.

Cette avancée dans l'accompagnement vers les soins se heurte toutefois à la complexité des dispositifs ouvrant des droits en matière de santé pour ceux qui ne bénéficient pas de la CMU : les personnes en situation irrégulières, les personnes juste au-dessus des plafonds de ressources mais surendettées etc. Les services sont de plus en plus mobilisés pour monter des dossiers administratifs et, selon de nombreux acteurs, l'énergie déployée pour obtenir un droit devient majeure.

Des travaux ont aussi mis en avant les difficultés pour orienter des populations en précarité vers les services de santé mentale. Il est nécessaire aujourd'hui de renforcer l'articulation entre l'accompagnement social et le soin psychique. Par exemple, le lien créé par l'intervenant social ne doit pas être rompu par une prise en charge dans un centre médico-psychologique (CMP) qui peut avoir une approche de l'aide différente. Trop souvent, l'orientation vers la santé mentale se fait plus en fonction des possibilités de prise en charge plutôt qu'en fonction des besoins réels de la personne. Les temps d'attente pour obtenir un

¹³ « Accompagner à l'accès aux soins et à la santé : points de repères », p.46

¹⁴ « Un « accueil santé » pour favoriser l'accès aux soins de publics majoritairement sans domicile ou en hébergement provisoire », p. 56

¹⁵ « L'animation, sur un territoire urbain, d'une dynamique de réflexion et d'action associant des professionnels de la santé et du social », p. 28

rendez-vous dans un CMP sont très longs. Par ailleurs, face aux nombreuses problématiques des publics en grande précarité (notamment les personnes en errance), les professionnels privilégient parfois l'accompagnement pour satisfaire des besoins qui apparaissent plus vitaux, et laissent de côté les problématiques psychologiques devant lesquelles ils se sentent désarmés et pour lesquelles ils connaissent peu de relais.

3. Organiser un accompagnement santé de qualité pour tous

Plus globalement, l'égal accès aux droits fondamentaux passe par l'organisation d'un accompagnement santé de qualité pour tous, avec une attention particulière pour les publics en situation de précarité.

L'accompagnement santé doit favoriser l'accès et le recours aux soins dans le dispositif de droit commun, mais aussi l'accès à la prévention et, plus largement le bien-être et l'autonomie des personnes. Des outils sont à inventer pour renforcer la prévention et le développement du bien-être des populations fragilisées face à leur santé. Comme Julien Chambon¹⁶ l'explique quant à la prévention des conduites addictives : au-delà d'informations et de rappels à la loi, d'autres modes préventifs doivent être imaginés comme celui de la création et de l'expression, que l'association Aides Alcool utilise dans le programme PEC (Prévention par l'Expression et la Création). Des lieux de débats, comme le « Café aux idées¹⁷ » implanté à Chambéry, permettent aussi des échanges informels entre habitants et professionnels favorables à une politique de prévention.

Agir sur la santé, c'est agir sur un ensemble de déterminants que sont les conditions de travail, les conduites à risque, les comportements addictifs et l'accès aux soins. Il est important que l'accompagnement Santé ne se focalise pas que sur l'accès aux soins.

La question de l'articulation entre les professionnels de l'accompagnement social et les professionnels « soignants » a été soulevée par Audrey Gonin¹⁸. Si la co-intervention peut permettre de croiser et d'élargir les regards portés sur une situation, elle permet également, de réguler les enjeux relationnels qui prennent nécessairement place dans le « face à face » entre l'aïdant et l'aïdé.

Le travail en réseau est indispensable, mais, comme le disait Pierre Pouwels en 2002 : « *n'en faisons pas une toile d'araignée asphyxiant pour l'usager* »¹⁹. L'accompagnement santé est aussi l'occasion de travailler avec la personne sur elle-même en permettant à l'usager d'être acteur de sa propre santé, en respectant la démarche de la personne et en intégrant une démarche d'éducation pour la santé. Il faut toutefois garder à l'esprit que : « *le droit à la santé ne doit pas devenir un « devoir à la santé ». Personne n'est rationnel vis-à-vis de sa santé : pourquoi les personnes dans la précarité devraient l'être plus que les autres ?* » (Pierre Pouwels, 2002).

Le séminaire de janvier a pointé le manque d'espaces pour les responsables des services action sociale et insertion des collectivités publiques permettant de traiter les questions qu'ils se posent sur ce thème de la santé. Ce thème les situe à la limite de leurs compétences, les oblige à construire des partenariats variés et les conduit à mettre en place des modalités différentes d'intervention auprès des usagers.

Au-delà de connaissances scientifiques, l'accompagnement santé nécessite, du côté des professionnels, des capacités d'écoute et d'empathie, des savoirs professionnels pour

¹⁶ « Le programme « PEC » : Prévention – Expression – Création, p.61

¹⁷ « Le café aux idées : une action santé sociale expérimentale et évolutive », p.53

¹⁸ « Relation d'aide dans le champs social et orientation vers le soin : quels enjeux dans cette articulation ? », p.37

¹⁹ Dossier annuel 2002, « Accès aux soins et soin de soi », MRIE, octobre 2002, p.82

s'adapter à la personne, ses potentialités et ses difficultés. Annie Liber²⁰ utilise l'expression de « mouton à cinq pattes » pour qualifier les multiples compétences des accompagnateurs santé des publics fragilisés. Comme l'exprimait Pierre Pouwels en 2002 : « *Nous devons former les professionnels de la santé à intervenir auprès des populations fragilisées par les conditions de vie* ». Une éthique de travail doit aussi être établie afin de « placer la personne au centre de la démarche », expression largement reprise lors de ce séminaire (empruntée à la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale) et qui rend bien compte du souci permanent de prise en compte des attentes de la personne dans l'accompagnement santé.

III. L'exercice de la citoyenneté : l'« usager-citoyen » de sa santé

La dernière dimension relative aux causes et enjeux de la lutte contre les exclusions en matière de santé, est celle de l'exercice de la citoyenneté. Cette démarche se base sur le principe que la recherche de réponses aux questions posées par l'état de santé de la personne se construit « avec » et non « pour » la personne. Il s'agit non seulement de donner la parole aux publics en difficultés, mais encore de construire avec eux des coopérations pour agir dans le concret des difficultés de la vie quotidienne. Différentes démarches de « santé citoyennes » ont été menées en Rhône-Alpes avec l'appui d'intervenants formés aux pratiques de santé communautaire. Il est aujourd'hui possible d'en tirer quelques enseignements.

La contribution des personnes aux actions de santé se joue à différents moments : au moment du diagnostic des besoins d'accès aux soins, au moment de la conception d'actions de prévention à la santé et aussi au moment de la mise en place d'actions collectives de promotion de la santé sur un territoire. Cette contribution des personnes se fait dans une coopération avec des professionnels, voire des élus, marquée par la réciprocité entre les différents acteurs. Il est nécessaire que ces professionnels et élus jouent le jeu, qu'ils sollicitent les personnes, non comme un alibi nécessaire, mais comme de réels partenaires partageant la parole, le savoir et le pouvoir d'action.

Dans cette optique, interrogé quant à la place des usagers dans les actions de santé, un groupe de professionnels a mis en place une action « santé citoyenne » sur Pierre Bénite. Cette action a été animée par l'agent de développement social de la Ville, en appui avec l'association la Noria et une infirmière en santé communautaire. Une rencontre a été organisée à partir de l'approche des questions de santé des habitants et non de celle des professionnels. C'est ainsi qu'un groupe de femmes, déjà constitué auparavant, s'est mobilisé sur les questions de santé : « *la santé, c'est notre affaire !* »²¹. La rencontre a été animée par les femmes avec une méthode participative construite originalement : « *les rôles sont inversés !* ». Les professionnels ont souhaité poursuivre le travail en commun. Le groupe de femmes a alors mis la priorité sur la rencontre avec d'autres habitants du quartier. Elles sont devenues enquêtrices Santé et ainsi valorisées dans un rôle public sur le quartier. La dynamique du groupe de femmes a peu à peu pris sa place, non sans tension, avec la dynamique de santé communautaire portée par les professionnels. Cette action a donné suite à un temps festif de restitution du travail, proposé aux acteurs du quartier, et un « forum santé » organisé pour sensibiliser et impliquer les populations sur les questions d'obésité, de diabète ou d'alimentation.

Cette expérience citoyenne montre la fécondité de la rencontre de deux démarches aux logiques bien différentes (logiques des habitants et des professionnels). Pour que ces

²⁰ « Les démarches d'accompagnement « santé-social » », p.25

²¹ Dossier ressources : « *Connaître avec pour agir ensemble* », MRIE, 2005, p 132

démarches se croisent, progressent chacune dans leur voie et s'enrichissent mutuellement, les acteurs ont dû évoluer et se questionner sur leurs pratiques respectives.

Mireille Flageul, psycho-sociologue, a présenté des conditions de réussite et a relevé des obstacles au développement des actions de « santé citoyenne » lors d'un congrès organisé par l'ORSPERE en octobre 2004 : « La santé mentale face aux mutations sociales ». Ainsi, la rencontre entre les intervenants en santé et les habitants permet de ne plus concevoir l'accompagnement professionnel comme relevant uniquement de l'éducation sanitaire. Autour des questions de santé, il est possible de réunir des groupes différents de populations qui ne se rencontrent pas habituellement : des groupes de femmes de diverses origines culturelles, des bénéficiaires du RMI, des personnes handicapées physiques et des personnes confrontées à la maladie mentale.

Une action menée à Chambéry entre 2002 et 2004 autour d'un atelier Santé-Ville a permis à ses habitants d'échanger sur leurs conditions de vie et de penser ensemble leurs problèmes de santé. Cette démarche avait pour ambition de connaître le rapport à la santé et les réalités de santé vécues par les habitants du quartier concerné, mais aussi de permettre des échanges créatifs et un rapport d'égalité en associant habitants et professionnels à la démarche. Par ailleurs, une journée au cœur du quartier, appelée « pelouse santé », a été organisée entre professionnels et habitants et a permis un temps fort de convivialité, d'information, d'échanges de connaissances et de reconnaissance réciproque.

Avec Mireille Flageul, nous pouvons relever que les enjeux de l'exercice de la citoyenneté dans le soin de soi et l'accès aux soins interrogent la notion de démocratie sociale. La difficulté ne paraît pas tant d'interroger l'individu sur sa capacité ou non capacité à promouvoir sa santé, mais plus d'associer la population pour s'interroger, à partir de l'expérience des réalités de terrain, sur comment la société a une propension à inclure ou exclure des systèmes de santé les personnes « en difficultés ». Cette dynamique de réflexion doit pouvoir associer la population concernée, des professionnels du secteur social et de la santé, ainsi que des décideurs politiques et institutionnels.

En conclusion, nous pouvons souligner que la santé, définie au sens large, est au cœur même de la personne, de son bien-être et de son épanouissement personnel. Il est ainsi indispensable de prendre en compte la dimension de santé des personnes en difficultés dans l'accompagnement social. Des efforts sont encore à poursuivre afin de mieux comprendre les représentations, les attentes et les réalités de santé vécues par les publics en difficultés. Différents dispositifs et initiatives se sont mis en place pour accompagner les publics en difficultés et faciliter leur accès aux soins. Les ateliers Santé-Ville semblent être un outil de diagnostic et de prise de décisions local important, notamment de part les rencontres et échanges qu'ils induisent. Quoiqu'il en soit, il reste encore à penser une meilleure organisation dans l'accès aux soins de qualité pour tous, à renforcer l'accompagnement et à développer les initiatives, notamment les initiatives citoyennes, en direction des publics en difficultés.

LIEUX OÙ PEUVENT ETRE CONSULTÉES NOS PUBLICATIONS

Coordonnées

Ain	CAP3B Actiparc 60 avenue de Parme - 01000 BOURG-EN-BRESSE r.ducarouge@acces-emploi.fr
	Centre Social d'Arbent 2 rue des Echallys - 01100 ARBENT Tél : 04 74 73 83 85
Ardèche	CDDP de l'Ardèche Route des Mines Quartier Bésignoles BP 713 - 07007 PRIVAS Cedex Tél : 04 75 66 90 70
Drôme	Union Régionale des Centres Sociaux Les Glaieuls – rue E. Chavant - 26100 ROMANS Tél : 04 75 05 04 14
	COORACE Rhône-Alpes 30 rue de Delay - 26100 ROMANS SUR ISERE Tél 04 75 02 00 70
	Médiathèque Publique et Universitaire Service documentation régionale Place Charles Huguenel - 26000 VALENCE Tél : 04 75 79 23 70
	Bibliothèque de Valence Sud 148 avenue Maurice Faure - 26000 VALENCE Tél : 04 75 40 93 82
Isère	CCAS de Bourgoin Jallieu Bâtiment le Scieur 17 place Albert Schweitzer - 38300 BOURGOIN JALLIEU Tél : 04 74 28 29 30
	Institut de Formation des Travailleurs Sociaux Centre de Documentation 3 avenue Victor Hugo – BP 165 - 38432 ECHIROLLES Cedex Tél : 04 76 09 02 08
	IRIS - Centre de Ressources Illettrisme 97 Galerie de l'Arlequin - 38100 GRENOBLE Tél : 04 76 40 16 00 (sur rendez-vous)
	CIFODEL - Centre de Formation des Elus Centre de documentation 34 avenue de l'Europe - 38100 GRENOBLE Tél : 04 76 09 92 40
	CNFPT Rhône-Alpes Grenoble Service Documentation 440 rue des Universités – BP 51 38402 SAINT MARTIN D'HERES Cedex Tél : 04 76 15 01 03
	MIJIR - Mission locale de Vienne Service documentation 9 rue Laurent Florentin - 38200 VIENNE Tél : 04 74 78 37 90

Loire	Emplois Loire Observatoire 46 rue de la Télématique - 42000 SAINT ETIENNE	Tél : 04 77 92 83 70
Rhône	Espace Formateurs / BREVES 5 rue Sala - 69002 LYON	Tél : 04 72 77 05 13
	Centre Ressources du Développement Social Urbain Centre de documentation 14 rue de Narvik – BP 8054 - 69351 LYON Cedex 08	Tél : 04 78 77 01 43
	Economie et Humanisme 14 rue Antoine Dumont - 69008 LYON	Tél : 04 72 71 66 66
	Ecole Nationale des Travaux Publics de l'Etat Espace Ville – Service documentation 3 rue Maurice Audin - 69518 VAULX EN VELIN Cedex	Tél : 04 72 04 72 95
	Institut Universitaire de Formation des Maîtres Centre Michel Delay 3 rue Georges Lyvet - 69200 VENISSIEUX	Tél : 04 72 89 00 20
	Le Transit 560 rue de Verdun – BP 149 69655 VILLEFRANCHE SUR SAONE Cedex	Tél : 04 74 62 02 31
	Le Dôme - Médiathèque 135 Place de l'Europe – BP 173 - 73204 ALBERTVILLE cedex	Tél : 04 79 37 78 89
Savoie	Guidance 73 / MIFE DE SAVOIE Centre de Ressources 116 rue Sainte Rose - 73025 CHAMBERY cedex	Tél : 04 79 33 87 87
	Mairie de Quartier de Chambéry le Haut Le Cristal 1 place du Forum - 73000 CHAMBERY	Tél : 04 79 68 58 17
	CCAS de St Jean de Maurienne Mairie Place de l'Evêché – BP 100 73302 SAINT JEAN DE MAURIENNE cedex	Tél : 04 79 64 00 54
	DDASS de la Haute-Savoie Service Documentation Cité Administrative 7 rue Dupanloup - 74040 ANNECY cedex	Tél : 04 50 88 41 11
Haute-Savoie	CRIA 74 Maison de l'emploi 100 rue Paul Verlaine - 74130 BONNEVILLE	Tél : 04 50 97 29 50

1. Finalités de la MRIE

La MRIE a été constituée officiellement en 1992, sous l'impulsion de personnes et d'acteurs collectifs habités par :

- ✓ la volonté de lutter contre l'exclusion économique et sociale et la grande pauvreté, considérée comme une question centrale pour notre société,
- ✓ la conviction qu'il s'agissait là d'un chantier de longue durée impliquant la coopération de tous,
- ✓ le besoin de créer un lieu permettant de prendre de la distance, de rencontrer d'autres acteurs, de réfléchir sur les processus et les solutions,
- ✓ la nécessité d'une action plus cohérente, pour plus d'efficacité entre tous les partenaires concernés.

Elle est donc issue d'une **histoire** marquée d'abord par l'initiative d'associations de lutte contre la pauvreté, d'administrations et d'experts, puis par leur coopération dans un espace territorial pertinent, la région, enfin par un élargissement aux acteurs politiques et aux partenaires sociaux (patronats et syndicats).

Ainsi la MRIE s'est-elle inscrite dès son origine dans un projet de société :

- ✓ une société **démocratique**, où chacun soit reconnu dans sa dignité de personne;
- ✓ une société **pluraliste**, où chacun puisse trouver sa place;
- ✓ une société **juste**, où l'accès aux droits soit le même pour tous les citoyens.

Dans cette perspective globale, qu'est venue conforter la loi d'orientation de 1998 dans son article premier, la MRIE est engagée dans la lutte contre les exclusions, en particulier des personnes les plus défavorisées aux plans économique et social. Ses missions et sa déontologie lui font rechercher la **participation pleine et entière** de ces personnes à la vie de notre société. Pour cela, elle contribue à la conception de politiques et d'initiatives qui partent de leurs aspirations et valorisent leurs potentialités, ainsi qu'à la recherche de nouvelles modalités de citoyenneté et de responsabilité. Elle contribue également à la prévention des dysfonctionnements de la société dont ces personnes peuvent être les victimes.

4. Déontologie de la MRIE

La réalisation de ces missions est enfin indissociable d'une **éthique de travail**, qui s'incarne dans les principes suivants :

- ✓ **un souci de rigueur méthodologique** : à travers des analyses quantitatives et qualitatives et leur articulation, la MRIE cherche à développer une démarche de connaissance rigoureuse fondée sur la « mise en débat », c'est à dire l'expression et la confrontation de questionnements pluriels;
- ✓ **le croisement des connaissances** : cette approche cherche à faire se rencontrer trois types de points de vue et d'analyses, celui des chercheurs et statisticiens, celui des acteurs et institutions engagés dans la lutte contre les exclusions, enfin celui des personnes concernées – en particulier des plus défavorisées;
- ✓ **un partenariat réciproque** : dans la mise en débat organisée par la MRIE, chaque parole pèse du même poids – il n'y a pas de préséance, ni au profit des décideurs et experts, ni au profit des acteurs ou usagers; il est important que chacun puisse, s'il le souhaite, s'y exprimer à titre personnel;
- ✓ **l'ancrage dans l'expérience** : enfin, un effort particulier est régulièrement engagé par la MRIE pour capitaliser des initiatives locales de lutte contre les exclusions faisant apparaître les capacités individuelles et collectives qui se révèlent dans l'action et pour mettre en lumière les difficultés concrètes des personnes défavorisées à travers des monographies et le témoignage de groupes de parole.

2. Positionnement de la MRIE

Dans ce champ de la lutte contre les exclusions se trouvent engagés de nombreux acteurs et institutions :

- ✓ d'abord, bien sûr, les personnes concernées elles-mêmes;
- ✓ les pouvoirs publics (État et collectivités locales);
- ✓ les responsables et professionnels qui mettent en œuvre les politiques publiques;
- ✓ les partenaires sociaux (chefs d'entreprises, syndicalistes, organismes paritaires);
- ✓ les associations avec leurs bénévoles et leurs professionnels;
- ✓ des experts (chercheurs, formateurs, consultants)...

Chacun d'entre eux est porteur d'un type de connaissance et de pratique utile en ce domaine.

Loin d'être assimilable ou de se substituer à l'un de ces acteurs, la MRIE, qui est à la fois une association indépendante et un organisme assumant une mission de service public, se veut un **espace partenarial de rencontre et de réflexion partagée** au cœur de ce réseau afin, justement, de mieux répondre à certains enjeux de la lutte contre les exclusions :

- ✓ **repérer** les phénomènes émergents, comprendre les processus;
- ✓ **permettre à chacun de prendre du recul** par rapport à ses actions ou à ses analyses, de faire évoluer sa manière de voir;
- ✓ développer une **approche transversale**, considérer les personnes dans leur globalité;
- ✓ disposer de **repères** pour mieux agir et décider.

C'est par rapport à ces enjeux, qui correspondent à des **attentes communes** aux différents acteurs, que se définissent les missions spécifiques de la MRIE.

3. Missions de la MRIE

Il s'agit d'**informer** au sens étymologique de ce terme, c'est-à-dire non seulement d'apporter des éléments d'information, mais de **doter celle-ci de repères, d'une structure, d'un sens**.

Cette conception large – mais traditionnelle – de la notion d'information implique pour la MRIE de :

- ✓ ne pas se limiter à faire circuler l'information sur l'exclusion, mais de la **structurer** autour de questionnements partagés;
- ✓ mettre en lumière, au-delà d'une présentation brute des faits et des symptômes, des **processus** et des **causes** explicatives;
- ✓ souligner, au-delà d'une information générale et synthétique, des **phénomènes significatifs** sans prétendre à l'exhaustivité.

Dans cette perspective, la mission d'information assumée par la MRIE se décompose en quatre missions opérationnelles, qui découlent l'une de l'autre :

- ✓ à la base, développer une **connaissance régulière et actualisée** des exclusions économiques et sociales qui affectent les différentes catégories de populations;
- ✓ puis engager une **réflexion approfondie** sur les phénomènes et les politiques, qui débouche sur des repères pour l'action, l'évaluation et la décision;
- ✓ procéder ensuite à une large **diffusion**, y compris dans l'opinion, des enseignements et des recommandations issus de ses travaux, qui restitue la diversité des points de vue;
- ✓ enfin, mener une action de **sensibilisation** des décideurs aux enjeux de la lutte contre les exclusions et à leur déclinaison opérationnelle, notamment en faisant remonter les constats et les préoccupations des acteurs locaux.

La MRIE en quelques mots ...

Constituée en 1992 à la demande conjointe du mouvement associatif, sous l'impulsion d'ATD Quart-Monde, et de partenaires sociaux, la MRIE fut inscrite en 1994 dans le Contrat de Plan entre l'État et la Région.

Elle a un statut et un fonctionnement associatif. Ses membres se recrutent parmi les différents acteurs régionaux impliqués dans la lutte contre l'exclusion (associations, partenaires sociaux, chercheurs, personnes qualifiées ...). Son conseil d'administration est actuellement présidé par M. Yvon Condamin.

Sa mission est de proposer aux différents acteurs de la lutte contre l'exclusion un espace partenarial de rencontre et de réflexion qui vise à leur permettre :

- d'observer les phénomènes émergents, en analysant les processus explicatifs de la précarité et de la pauvreté ;
- de prendre du recul par rapport à leurs actions, en faisant évoluer leur manière de voir ;
- de développer une approche transversale, en considérant les personnes dans leur globalité ;
- de disposer de repères pour mieux agir et décider.

La réalisation de ces objectifs est indissociable d'une éthique de travail fondée sur la mise en débat, le croisement des connaissances, le partenariat et la capitalisation des expériences. La déontologie de la MRIE lui fait rechercher la participation pleine et entière des personnes les plus défavorisées à la vie de notre société, en particulier à la ré-

flexion sur les phénomènes d'exclusion et les dysfonctionnements sociaux dont elles peuvent être victimes.

Un Comité d'Orientation, composé des principaux financeurs (État, Région, Départements rhône-alpins) et des administrateurs de la MRIE, fixe les grands axes de travail.

À travers ses différents groupes de travail, la Mission collabore avec de multiples experts et relais :

- des associations de lutte contre la pauvreté (FNARS, ATD Quart-Monde, Secours Catholique, Entraide Protestante, Médecins du Monde...);
- des services de l'État (SGAR, DRASS, INSEE, DRTEFP, Rectorats, DRE, DRAF...);
- des services de la Région et du Conseil Économique et Social Rhône-Alpes ;
- des services des Conseils Généraux de Rhône-Alpes ;
- des fondations soutenant des actions de promotion de publics en difficulté (Fondation de France, Fondation des Caisses d'Épargne, Fondation Abbé Pierre...);
- des représentants d'organismes divers intégrant la lutte contre l'exclusion dans leurs priorités (CRAM, CAF, HLM, PACT, URIOPSS, FONDA...);
- des laboratoires de recherche de différentes universités de la région ;
- de l'Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale, des observatoires locaux et régionaux.

mrje
Mission Régionale Rhône-Alpes
d'Information sur l'Exclusion

14 rue Passet 69007 LYON T. 04 37 65 01 93 – F. 04 37 65 01 94

mrje @mrje.org - www.mrje.org



Conception - Mise en page : Nicole AYED - Danielle de BOISSIEU

Couverture - Maquette - Impression : IML • 04 78 19 16 16

Octobre 2007 - tirage prévu : 250 ex.

D.L. : Octobre 2007

Imprimeur n°1562



14, rue Passet

69007 Lyon

Téléphone : 04 37 65 01 93

Télécopie : 04 37 65 01 94

e-mail : mrie@mrie.org

Site internet : www.mrie.org