

Horizon pluriel

numéro 21

Education et promotion de la santé en Bretagne

La dialectique de la décision politique et de la responsabilité individuelle : une troisième voie ?

« La politique s'épuise à se déplacer hors de son champ quand elle veut résoudre les problèmes en lieu et place des citoyens. Il convient alors de la réinventer en la pensant dans un rôle nouveau, celui de créer les conditions de possibilité pour que les citoyens aient prise sur leurs manières de vivre et d'agir dans tous les domaines de leur existence, en particulier dans celui de leur santé. »

Lecorps P., Paturet J-B.



EDITORIAL - p. 2 ■ **EXPERIENCES** p. 3 - 6 ■ **ANALYSES** Des Narcotiques Anonymes à ASUD : deux modèles d'expertise des usagers de drogues - p. 7 ■ Approche par programme, approche de développement social : rencontre possible ou impossible ? - p. 8 ■ **CONTROVERSE** La place et la responsabilité de chacun dans la co-construction d'une politique et de stratégies d'intervention au sein d'un organisme associatif - p. 9 ■ **MARQUE-PAGE** - p. 10 ■

éditorial

« Sécurité routière : tous responsables ! » « Il faut responsabiliser les patients » « Chacun est responsable de ses comportements de santé »... C'est entendu, nous sommes donc tous responsables, mais de quoi et jusqu'à quel point ? Les débats à caractère éthique et méthodologique autour des notions de responsabilité et de responsabilisation ne sont pas neufs. Ils prennent aujourd'hui un relief particulier avec la généralisation des concepts de participation et d'empowerment¹ dans les discours des politiques et des acteurs de la prévention et la promotion de la santé. On attend des populations qu'elles participent à la mise en œuvre des politiques de prévention qui leur sont destinées, et qu'elles prennent leur part de responsabilité dans l'atteinte des objectifs fixés. On attend des acteurs de terrain qu'ils s'impliquent dans la construction des politiques de prévention et qu'ils se sentent responsables de la pertinence et de l'efficacité des politiques ainsi définies. On attend des décideurs publics qu'ils fixent des orientations, qu'ils élaborent et pilotent les politiques de prévention... mais où reste donc leur responsabilité quant aux effets de ces politiques ?

Le plus grand risque d'une politique fondée sur la participation et l'empowerment des populations et des acteurs de terrain est le désengagement des pouvoirs publics – un risque que Stanislas Tomkiewicz avait déjà identifié dans l'engouement pour la résilience : ou l'on est résilient, et l'on s'en sortira quoi qu'il arrive, ou l'on ne l'est pas, et il est inutile d'investir un seul centime dans l'amélioration de la situation... Le même dévoiement d'un concept initialement pavé de bonnes intentions pourrait se produire avec l'application des principes de responsabilité et de participation à tous les maillons de la chaîne de la politique de prévention. Le risque est que l'Etat remette aux individus ou aux communautés la charge des problèmes, et prenne prétexte de l'empowerment pour supprimer des services publics.

Responsabilisés et participatifs, les publics ont-ils réellement le pouvoir de fixer les priorités et objectifs des actions ? Responsabilisés et concertés, les représentants des professionnels et des usagers ont-ils le pouvoir de s'exprimer librement sur la politique de prévention qui leur est présentée ? Responsabilisés et contributifs, les acteurs de terrain ont-ils le pouvoir d'infléchir significativement la politique de prévention ? Si la politique de prévention définie et mise en œuvre ne produit pas les effets escomptés, qui en est responsable ? Les bénévoles et les professionnels acteurs de prévention ont obligation de rendre compte de l'efficacité de leurs actions au travers de processus d'évaluation de plus en plus lourds et complexes. A qui les politiques, locaux ou nationaux, rendent-ils compte de leur action ? Or, la notion de responsabilité des pouvoirs publics (« accountability ») est centrale en promotion de la santé.

La littérature scientifique sur l'empowerment insiste sur le caractère multidimensionnel de ce concept. Ainsi, une stratégie d'empowerment ne peut se concevoir que de façon globale, mobilisant trois niveaux d'intervention : le niveau individuel (ou psychologique), qui inclut le développement de la confiance en soi nécessaire pour oser s'attribuer plus de pouvoir, mais aussi, le niveau de la communauté à laquelle appartiennent les individus, et le niveau de l'organisation sociopolitique, qui vont favoriser ou pas le rééquilibrage des pouvoirs. Si la participation et l'empowerment sont appliqués sans prise en compte de leur dimension politique, sociale, collective, ces concepts contribuent essentiellement à légitimer une approche néolibérale de la santé publique, fondée sur une gestion comptable de la santé, sur le transfert des responsabilités des systèmes aux individus, et sur la vision utopique d'un sujet « entreprenant, auto-régulé, rationnel, libre et responsable », de lui-même comme des autres.

« Soyez responsables, faites ce qu'on vous dit ! », ironisait Brigitte Sandrin-Berthon dans l'un de ses ouvrages. En promotion de la santé, la responsabilité des personnes s'arrête là où commence celle de l'Etat, à savoir, l'action sur les déterminants de la santé et les conditions politiques, économiques, sociales, environnementales de son déploiement. ■

CHRISTINE FERRON
DIRECTRICE DE L'IREPS BRETAGNE

¹ Processus par lequel les personnes et les communautés acquièrent plus de pouvoir sur leur santé.

² Ferron Christine, « La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche ! », *La Santé de l'Homme*, n°406, mars-avril 2010

³ Robert Dominique & Frigon Sylvie, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et Société*, 2006/3 Vol. 30, p. 305-322

Le dialogue entre les responsables politiques ou institutionnels, et les acteurs de terrain, qu'il s'agisse d'élaborer une politique de santé à l'échelle d'une région, d'une commune, d'un quartier ou d'une structure, est fréquemment entravé par des enjeux de partage des responsabilités, des conceptions différentes de l'efficacité, ou encore des jeux de pouvoir...

Cette complexité et les aléas d'un fonctionnement censé articuler les dynamiques de terrain et les échelons décisionnels font l'objet des écrits composant la seconde partie du présent dossier, c'est-à-dire les articles de Marie Jauffret-Roustide, Carole Clavier et Yannick Barbançon. Ces analyses sont précédées par des vignettes pratiques qui, en dépit des difficultés inhérentes à toute démarche collaborative, nous autorisent à penser qu'une dynamique fédérative est possible dans la construction des politiques de santé.

Rêves d'enfance ou comment élus et parents travaillent à un objectif commun : « si on rêvait, que souhaiterions nous pour nos enfants ici ? »...

Créé en septembre 2000, à l'initiative de l'association Objectif Petite Enfance, de la Circonscription de la Solidarité Départementale, du Centre Social de Guingamp, et de la Mutualité Française Côtes d'Armor, le collectif « Rêves d'Enfance » avait pour ambition de contribuer à relancer le chantier de la petite enfance sur le district de Guingamp.

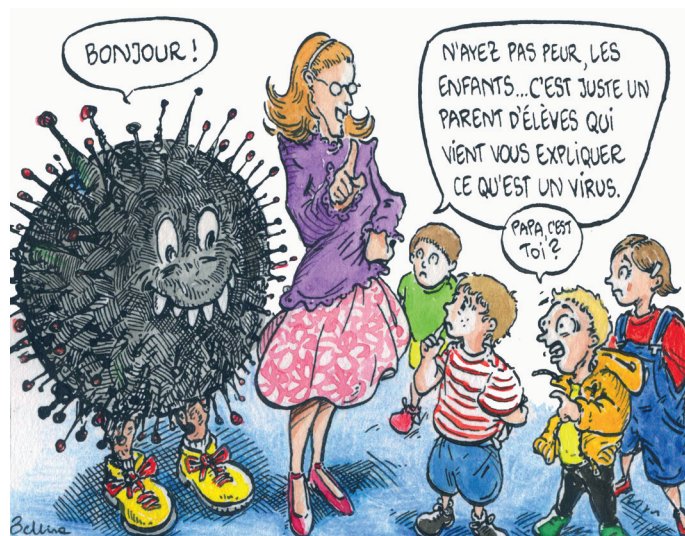
La méthode proposée par le collectif a, dès le début, reposé sur la participation des parents, des professionnels et des élus.

Les rencontres dans divers lieux stratégiques de la ville s'articulaient autour d'une question centrale : « si on rêvait, que souhaiterions nous pour nos enfants ici ? ». La base de notre démarche se résumait en une phrase : « si je demande quelque chose, que puis-je faire moi également à mon niveau ? ». Nous avons proposé une classification de rêves en 3 catégories : ce que l'on peut faire ensemble entre parents, ce que l'on peut faire avec l'aide des professionnels, ce que l'on peut faire avec l'aide des élus. A l'issue de ces échanges et de plusieurs rencontres, nous avons invité les élus à partager avec les parents sur leurs « rêves ». Nous étions alors en pleine campagne des élections municipales. Dans ce contexte, le mode de communication n'était pas « revendicatif » mais bien « co-constructif », ce qui change tout ! Notre démarche, très bien relayée par la presse, a fait thème de campagne. Chaque candidat a été amené à s'exprimer sur ses projets en matière de petite enfance !

Cette démarche participative s'est concrétisée par l'organisation de réunions décentralisées, de groupes de travail sur les projets déclarés prioritaires par les participants et d'une fête pour parents et enfants en novembre 2002. Cette fête a permis de montrer à tous (et aux participants eux-mêmes) l'étendue des besoins mais aussi les potentialités humaines locales pour faire évoluer les projets en faveur de la petite enfance.

Entre temps le district transformé en Communauté de Communes s'était vu attribuer la compétence « enfance ». Il a pu ainsi rapidement mettre en œuvre les projets à la fois prioritaires et réalisables à court ou moyen terme.

A l'issue de ce travail, un Relais Assistantes Maternelles a été créé. Le collectif « Rêves d'Enfance », investi au sein de la Commission Enfance de la Communauté de Communes, a beaucoup œuvré pour favoriser la participation des utilisateurs de ce nouveau service à son fonctionnement et à son animation. Une Maison de l'Enfance a été ouverte également. Là encore, le collectif s'est efforcé d'y jouer un rôle constructif



pour que cette « maison » ne soit pas seulement un lieu de services, mais aussi un carrefour de rencontres et d'initiatives en faveur de la petite enfance où le rôle des parents et de l'ensemble de la communauté éducative serait déterminant.

La rencontre entre parents et élus au travers ce collectif informel a été extrêmement positive. La réelle dynamique participative est difficile à mettre en place car personne ne se situe au même niveau. A la différence d'une démarche fondée sur une simple revendication de structures, l'intérêt d'une construction commune est que les rapports de force changent et qu'on peut prouver la complémentarité des apports des uns et des autres. ■

Au nom du collectif, Isabelle ARHANT
responsable du pôle innovation et développement
à la Mutualité Française Côtes d'Armor

Articulation entre différents niveaux d'expertise pour une déclinaison territoriale d'une politique de santé : dispositif « élus référents addictions » (Morbihan)

Entretien avec le Dr Florence Tual, médecin référent auprès du chef de projet MILDT du Morbihan et membre de l'équipe projet addiction de l'ARS Bretagne

Le dispositif « élus référents addictions » a été mis en place sur le territoire du Morbihan en application du plan gouvernemental MILDT « Prise en charge et prévention des addictions ». Quelle est l'origine de ce projet faisant appel aux compétences du terrain ?

Le projet date de 2005. J'étais alors chargée du volet « prévention » du plan « Prise en charge et prévention des addictions » sur le département du Morbihan.

Nous avons à notre disposition un cadre politique structurant et clair. La mise en œuvre nécessitait cependant un appui contextuel fort pour une application au plus près du terrain. L'ensemble des partenaires concernés a ainsi identifié l'importance d'impliquer dans le projet les autorités territoriales. C'était pour nous une manière de nous approcher d'un échelon de proximité, intéressant pour ses domaines d'intervention en correspondance avec le champ de la prévention.

Notre projet est venu rencontrer les préoccupations du terrain.

Les maires, interpellés au quotidien par la problématique des addictions, ont massivement répondu à une enquête lancée en 2006. Dans cette enquête, ils se sont montrés relativement démunis, ou encore prisonniers de certaines idées reçues : « c'est les jeunes », « ça crée des désordres », « on fait hospitaliser telle personne, elle recommence... » Ils avaient besoin d'une compréhension plus fine de la problématique des addictions.

Suite à cette enquête, lors d'une conférence rassemblant les acteurs du département, nous sommes parvenus à l'idée de mutualiser nos ressources respectives dans le cadre d'un dispositif spécifique. C'est ainsi qu'est né le projet du réseau « élus référents addictions ».

En quoi les élus sont-ils concernés par la problématique des addictions et que peuvent-ils apporter comme expertise ?

Dans le Morbihan, connu pour ses petites communes, l'élu a une vision à la fois fine et globale de la population de son territoire. Son ancrage territorial permet une réelle mise en cohérence des besoins des populations et des réponses à apporter.

Par ailleurs, les communes ont à leur disposition de nombreux leviers à exploiter dans une démarche de prévention des addictions : dans les domaines du sport, de la culture, du social, de l'urbanisme, du transport, de la politique jeunesse... Elles peuvent agir sur la réduction des risques, le respect de la loi, le repérage des personnes en difficulté,... quasiment sur toute la « chaîne » de la prévention à la réinsertion des personnes. Les élus ont beaucoup de cordes à leur arc, même s'ils ne les identifient pas au départ « addictions ».

Enfin, ils ont un rôle d'impulsion politique. Ils peuvent organiser des débats avec les citoyens, avec les associations, avec les commerçants, ...

Les élus disposent donc de portes d'entrées intéressantes, sans pour autant les reconnaître comme ressources dans une démarche de prévention des addictions. De quel soutien ont-ils besoin pour avancer dans cette mission ?

Notre rôle consiste à les amener à s'interroger sur : « En quoi, en tant qu'élu, suis-je concerné ? » et à les conforter dans leur capacité à agir. Notre intention est aussi qu'au-delà d'une lecture très identifiée « addictions » - « est-ce qu'on organise des fêtes sans alcool ? », « est-ce qu'on limite la vente de... ? » - ils saisissent la complexité de la problématique et proposent des solutions autres que des réponses focalisées sur l'ivresse des jeunes.

On peut dire par exemple : « Les transports ? Rien à voir avec les addictions. » Pourtant, que les jeunes puissent se rendre facilement à une salle des sports ou à un lieu de spectacles n'est pas sans impact sur le taux de conduites addictives dans la commune.

L'ensemble de ces aspects a été travaillé lors d'une conférence, puis repris sous la forme d'un accompagnement dans la durée. Les élus, pour s'investir dans leur mission, ont en fait besoin d'un soutien fort, tant sur le plan de principes et concepts que sur un plan plus pragmatique. Cet accompagnement, assuré par moi-même et, dans une dimension plus quotidienne, par Laurent Pommereuil de l'association Douar Nevez, a pris ainsi la forme d'un appui à l'élaboration d'un programme d'actions. Puis, nous avons mis en place des ateliers d'échanges de pratiques.

Le partage d'expériences, ainsi que l'implication dans un comité de pilotage départemental, et les assemblées générales du dispositif, ont permis aux municipalités respectives de s'inscrire dans une dynamique collective. Cette dimension fédérative procure aux élus un cadre plus rassurant et profitable pour la qualité de leurs actions. Une charte, co-signée par chaque municipalité et la préfecture, vient renforcer leur légitimité. Elle apporte également une certaine garantie de l'équilibre entre différents niveaux du pouvoir : la proposition vient de l'Etat, mais l'adhésion se fait selon les règles du volontariat et moyennant une procédure d'engagement mutuel.

Comment percevez-vous le partage et l'articulation des responsabilités entre les représentants de l'Etat, les élus et les acteurs de terrain ?

Nous souhaitons que les élus soient de vraies parties prenantes du dispositif. D'ailleurs, si l'on visait à décliner une politique de manière descendante, notre démarche serait vouée à l'échec.

Nous avons ainsi mis en place un comité de pilotage, en veillant à un certain équilibre entre les élus, le représentant de la préfecture et moi-même en tant que référente sur les addictions auprès du chef de projet MILDT, et le conseiller méthodologique de Douar Nevez.

Cette pluralité au sein du comité de pilotage assure aux projets la meilleure efficacité possible.

La préfecture fournit un cadre politique général garantissant la cohérence du discours et des orientations. Les élus apportent leur connaissance du terrain. Les experts en méthodologie de projet, quant à eux, offrent un appui technique permettant de parvenir à un niveau opérationnel.

La réussite du plan gouvernemental passera par une reconnaissance mutuelle des compétences des uns et des autres. C'est avant tout une question d'alchimie, une expérience humaine dans toute sa richesse, une créativité à laquelle on n'aurait pas eu accès, sans recourir aux ressources du terrain. ■

Magdalena SOURIMANT

Quand les jeunes s'engagent pour leur santé

Entretien avec Clément Chaignaud, lycéen, responsable de la commission « santé et qualité de vie » 2008 – 2010 au Conseil Régional des Jeunes (CRI) de Bretagne

Qui aurait pensé que le sommeil serait reconnu par les jeunes comme une préoccupation phare ? Les adolescents ne seraient-ils pas plutôt en quête perpétuelle de moyens d'évacuer leur trop plein d'énergie... ?

Or, il s'agit bien d'une question de santé plébiscitée par l'assemblée du Conseil Régional des Jeunes (CRI) de Bretagne lors du mandat 2008 – 2010. « L'idée de sommeil a été amenée par un jeune en classe de terminale qui ne dormait pas beaucoup. Cela faisait écho à nos propres expériences et à ce que nous avons pu entendre parler autour de nous. Pourquoi pas donc ce sujet-là ... ? » Ici pas de tentation de vouloir satisfaire des attentes ou des représentations d'adultes, si fréquente quand les enquêtes sont estampillées « inspection académique », « médecine scolaire » ou encore « organisme de prévention ». Les adolescents ont à leur disposition ce cadre privilégié pour exprimer librement des questions qui leur tiennent à cœur et démentir des opinions stéréotypées sur les jeunes.

Les questions soulevées dans le cadre d'échanges libres entre pairs sont ensuite traitées et prises en charge par les jeunes eux-mêmes. C'est ainsi qu'en s'appuyant sur leur vécu et leurs propres expériences, les membres de la commission « santé et qualité de vie » se sont interrogés sur le rythme de vie et l'emploi du temps d'un lycéen : le temps passé devant l'ordinateur, le temps consacré au sport, à la révision des cours,... Mais au-delà de cette dimension individuelle, ils sont allés jusqu'à examiner l'impact d'autres domaines, d'apparence plus éloignés, sur la qualité de leur sommeil : l'organisation des transports en commun, les horaires des activités de sports proposées aux jeunes ou la masse du travail à fournir en terminale,...

Avec le souci constant de maintenir la teneur de leurs souhaits, mais aussi de garder une crédibilité et légitimité face aux destinataires de l'action, les jeunes membres de la commission ont fait le choix de s'impliquer activement dans la réalisation du projet. « Nous avons écrit des saynètes pour illustrer des situations générées par les troubles du sommeil. Ensuite, est venue la question : est-ce à nous de les jouer ? [...] Bien sûr c'est à nous de les jouer, bien sûr c'est à nous d'aller voir les jeunes [...] Je me suis mis à la place des jeunes qu'on allait voir : est-ce que j'écouterais un prof me faire un discours sur le sommeil ? Ben non, je ne l'écouterais qu'à moitié, même pas... Je me repère par rapport aux autres jeunes. Ben oui, si c'est un jeune, cela me concerne peut être, moi aussi...? ».

« L'implication dans une instance comme le CRI, ça ouvre, ça procure une sensation de pouvoir agir, ça permet de développer un vrai savoir-faire : une capacité de porter une idée auprès des jeunes, auprès des personnes qui ont des responsabilités, auprès des médias,... ; une capacité d'expliquer des choses clairement, sans bégayer, sans avoir peur,... ; mais aussi de gérer un groupe, d'animer un débat,... ; de prendre soi-même des responsabilités. »

Les séquences de mise en scène, faisant référence à des situations de vie quotidienne mais aussi aux codes propres des adolescents, venaient s'articuler avec des échanges avec la salle. Le même principe d'interpellation du public régissait une campagne d'affichage organisée dans les lycées et les centres de formation d'apprentis. « L'affiche présente un adolescent dans un self, la tête dans ses pâtes. Cette image était conçue pour amener le jeune à se poser des questions sur son sommeil, individuellement ou via un quiz élaboré par les jeunes du CRI et disponible en ligne.* »

L'intervention dans les établissements était aussi un moyen de faire connaître le CRI et de faire part de son expérience auprès des autres jeunes. « L'implication dans une instance comme le CRI, ça ouvre, ça procure une sensation de pouvoir agir, ça permet de développer un vrai savoir-faire : une capacité de porter une idée auprès des jeunes, auprès des personnes qui ont des responsabilités, auprès des médias,... ; une capacité d'expliquer des choses clairement, sans bégayer, sans avoir peur,... ; mais aussi de gérer un groupe, d'animer un débat,... ; de prendre soi-même des responsabilités. » ■

Magdalena SOURIMANT

*http://www.bretagne.fr/internet/jcms/preprod_67893/quiz-evaluez-votre-hygiene-de-sommeil

Assainissement des eaux usées : une responsabilité partagée privée et publique en matière de santé publique

Depuis la prise de conscience des modes de transmission des maladies, l'assainissement des eaux usées domestiques est une préoccupation constante des acteurs de santé publique.

Les installations d'assainissement non-collectif (du type fosse septique), appartiennent à des propriétaires privés et le bon fonctionnement de ces installations leur incombe. Cependant, depuis la loi sur l'eau du 3 janvier 1992, codifiée au Code de l'Environnement, la commune est tenue de mettre en place un service de contrôle du bon état de fonctionnement de l'assainissement autonome. Il s'agit du Service Public de l'Assainissement Non Collectif (SPANC).

C'est à cet endroit même que s'entrecroisent les sphères publique et privée où les actions de l'une déterminent les réponses de l'autre et où cette dernière peut devenir force de proposition et d'orientation des politiques publiques.

Parmi les acteurs de l'assainissement non-collectif, on retrouve

- les décideurs publics :

- l'État

Afin de protéger la santé publique, l'État élabore la réglementation applicable sur tout le territoire national. A ce titre, l'arrêté interministériel du 7 septembre 2009 définit les règles de construction et de contrôles des filières d'assainissement non-collectif.

- le Conseil Général et l'Agence de l'Eau qui sont des bailleurs de fonds et influencent les choix,

- les Élus Municipaux ou Délégués Communautaires à qui la loi a demandé de créer les SPANC, Services Publics de l'Assainissement Non Collectif.

Les autorités territoriales peuvent préciser les règles nationales et départementales de protection de la santé publique sur le territoire communal pour tenir compte des spécificités locales et édicter des prescriptions particulières dans le cadre de leur pouvoir de police générale en matière de salubrité publique.

- les acteurs de terrain directement impliqués dans les activités et les choix des élus municipaux en matière de filières d'assainissement et de salubrité publique :

- les propriétaires et les occupants

- le Service Public d'Assainissement Non Collectif, service communal obligatoire dans toutes les communes depuis le 31 décembre 2005, responsable du contrôle technique, de la conception, de la réalisation et du bon fonctionnement des installations, le cas échéant, chargé de leur entretien.

Aujourd'hui, devant la difficulté d'assurer la préservation et la valorisation de leur ressource en eau, les collectivités territoriales procèdent à une délégation de service public à une entreprise privée. C'est par ce biais que des partenaires privés peuvent orienter l'action publique. Il est ainsi de plus en plus courant que nous, techniciens et experts de terrain, fournissions aux différentes autorités les éléments techniques (capacité des sols, rendement épuratoire, analyse des risques sanitaires) qui permettent des décisions éclairées.

Quel que soit notre niveau d'intervention, par notre expertise de technicien de terrain, nous orientons le choix du maire et confrontons notre vision de la réalité à ses prérogatives et obligations légales.

Par ailleurs, par notre rôle de conseil auprès des décideurs municipaux, notamment au niveau du diagnostic des installations, nous orientons largement la conduite à tenir vis-à-vis des usagers.

En effet, même si une grille permettant d'évaluer les risques de pollution et aidant à la décision est proposée par le ministère, les SPANC ne sont pas tenus de l'appliquer et ils peuvent librement choisir les critères qui leur conviennent. Ainsi, les usagers sont soumis à une grande variabilité des jugements où le subjectif est important. La loi est unique mais les députés ont choisi de donner à chaque commune la liberté de l'appliquer comme bon lui semble.

A cet effet, nous apportons des éléments d'aide à la décision. D'un côté, nous amenons les élus à tenir compte de l'impact du fonctionnement d'une installation sur son environnement par rapport à sa sensibilité ou sa vulnérabilité sanitaire. D'un autre côté, étant en prise directe avec la réalité du terrain, nous nous devons de représenter les intérêts des usagers afin que l'Assainissement Non Collectif soit juste socialement, supportable financièrement et efficace pour l'environnement et la santé publique.

Dans l'objectif d'une reconquête efficace de la qualité des eaux souterraines et superficielles et la lutte contre la contamination des maladies par les eaux usées, il apparaît nécessaire que les acteurs de terrain des SPANC et les usagers, confrontent leurs expériences, pour les uns, et leurs limites (sociales, économiques,...), pour les autres, aux obligations impérieuses des décideurs publics, afin d'atteindre un niveau acceptable pour chacun. Il s'agit bien là de ne pas heurter la population dans ses habitudes ni dans ses réalités de vie, tout en permettant au Maire de répondre à ses obligations et de protéger la santé de sa population. ■

Christophe AMBROSI
chargé d'études en environnement
EF Etudes



Des Narcotiques Anonymes à ASUD : deux modèles d'expertise des usagers de drogues

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE, SOCIOLOGUE
 CERMES3 — EQUIPE CESAMES (INSERM U988 / UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
 / ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES / CNRS UMR8211)
 INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

L'auto-support des usagers de drogues a émergé en France en 1984 avec la constitution des groupes NA (Narcotiques Anonymes), suivis en 1992 par la création d'ASUD (Auto-support des usagers de drogues), dans le sillage de la réduction des risques. Afin de faire reconnaître la légitimité de leur intervention, les usagers ont fait valoir et utilisé les zones d'incertitude qu'ils étaient en mesure de maîtriser et ont ainsi défini leur expertise. Cette expertise spécifique appartient au registre des « life skills » ou « compétences de vie » qui incluent les dimensions technique, sociale, physique, morale de l'expertise des usagers :

- technique, par la maîtrise des pratiques de la consommation de drogues ;
- sociale, par la connaissance des réseaux et de la sociabilité des usagers ;
- physique, par la capacité à savoir se tenir et positionner son corps sur les lieux de consommation ;
- morale, par la confiance nécessaire pour être accepté par la communauté des usagers.

Cette expertise spécifique revendiquée publiquement par ASUD et implicitement par NA construit une communauté des usagers de drogues avec des codes auxquels seuls les initiés auraient accès. Cette expertise se fabrique par défaut en dénonçant la méconnaissance des experts socialement légitimés comme « spécialistes » que sont les professionnels intervenant dans le champ des addictions. Durant leur parcours dans la consommation de drogues, les militants et/ou membres de l'auto-support ont pu être insatisfaits vis-à-vis des services qui leur étaient destinés ; en intégrant un groupe d'auto-support, ils transforment leur expérience personnelle en engagement associatif.

Le groupe ASUD revendique publiquement le partage de l'expertise et demande qu'elle ne soit plus réservée aux professionnels de la toxicomanie, en invoquant le fait que les usagers de drogues seraient mieux à même que quiconque de connaître les besoins des usagers en matière de prévention des risques, car ils détiennent les « secrets » de leurs pratiques de consommation auxquelles les non initiés ne peuvent avoir réellement accès. Le groupe proclame que la maîtrise des codes de l'usage produit une approche plus pragmatique et réaliste de la prévention et que celle-ci doit être intégrée dans la production de connaissances autour des addictions. Ainsi, l'action d'ASUD est centrée sur la prévention des risques liés à l'usage de drogues (sida, hépatites, septicémies, overdoses, etc.) et sur la production de messages adaptés aux usagers, en mettant en œuvre un principe d'éducation par les pairs. Cette compétence technique leur permet de se positionner comme experts de la réduction des risques infectieux et d'intervenir dans le débat sur la politique à mener en direction des usagers de drogues. Leur discours est centré sur la dénonciation du retard de l'Etat français en matière de réduction des risques, et des discriminations dont sont victimes les usagers de drogues. La figure de l'utilisateur citoyen est centrale dans la constitution de ce mouvement social.



Concernant NA, la participation aux politiques publiques dans le champ des addictions ne relève pas d'une expertise revendiquée publiquement, mais d'une expertise réservée à un entre-soi communautaire, mise en œuvre au sein de groupes de parole entre pairs et dans l'anonymat. NA refuse d'adopter une prise de parole publique qui contesterait la politique en cours. Toutefois, le modèle de traitement que propose NA étant axé sur l'abstinence et le rétablissement entre pairs, il peut être interprété comme une forme de critique implicite de l'actuelle politique de réduction des risques qui, à l'inverse, ne prône pas l'abstinence mais la gestion de l'usage et des risques associés comme modalité de traitement de la dépendance. NA se focalise principalement sur un usage interne de son expertise et veille à mettre à distance tout ce qui pourrait être extérieur à la communauté des dépendants, en l'occurrence le reste de la société constitué par l'ensemble des non dépendants. La dimension communautaire constitue l'un des fondements du groupe qui se définit comme une « fraternité ». Les réunions quotidiennes et les différents événements collectifs proposés aux membres renforcent le sentiment de cohésion du groupe. Ces événements ponctuent le temps du traitement appelé « rétablissement », et multiplient les occasions pour les pairs de se retrouver entre eux. À travers cet entre-soi communautaire, chaque usager peut trouver sa place au sein du groupe et se recréer un réseau de sociabilité venant se substituer aux réseaux créés dans le monde de l'usage de drogues et qui doivent être mis à l'écart pour parvenir à l'abstinence.

Actuellement, le processus de reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues dépasse le champ des addictions, et la référence à l'utilisateur tend à envahir le domaine de la santé. Toutefois, la signification des qualificatifs d'autonomie, de responsabilité et de citoyenneté, associés à l'auto-support et à l'expertise des usagers, reste à interroger car ces termes sont avant tout le produit de constructions professionnelles et militantes. En effet, l'invocation d'un individu responsable, autonome et citoyen tend à devenir un paradigme structurant du champ du travail social et de la santé, mais cette citoyenneté est souvent utilisée pour et par les groupes sociaux stigmatisés comme une formule magique et incantatoire, sans être accompagnée de changements structurels dans la vie des usagers de drogues.

Jauffret-Roustide M. 2010. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrées sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire, *Pensée Plurielle*, (23) : 93-108.

Jauffret-Roustide M. 2009. Self-support for drug users in the context of harm reduction policy : a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship, *Health Sociology Review* ;18:159-72.

Approche par programme, approche de développement social : rencontre possible ou impossible ?

CAROLE CLAVIER

POST-DOCTORANTE À LA CHAIRE FCRSS/IRSC APPROCHES COMMUNAUTAIRES ET INÉGALITÉS DE SANTÉ, IRSPUM-UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, ET MEMBRE DU CRAPE (RENNES)

La concertation entre acteurs de terrain et acteurs politiques devient une modalité incontournable de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Au Québec, les associations et les institutions se réunissent dans des « Tables de concertation » – initiées localement et soutenues par des politiques gouvernementales – pour développer des actions innovantes et améliorer de façon conjointe la sécurité alimentaire, le logement ou encore la santé des jeunes dans leur territoire. Si ces processus de co-construction des politiques de santé sont réputés favoriser l'ajustement des politiques aux besoins des populations, ils sont aussi confrontés à de multiples enjeux liés au déséquilibre des rapports de pouvoir entre les institutions et les acteurs de terrain, à des difficultés de pérennisation de leur financement ou encore à des difficultés de mobilisation des partenaires. Les tensions proviennent aussi de l'articulation entre deux cultures d'intervention en santé publique, l'approche par programme et l'approche du développement social¹.

L'approche par programme est le mode d'intervention privilégié de la santé publique pour agir sur des problèmes spécifiques, dans une logique descendante. Par contraste, l'approche du développement social est ascendante et correspond à la mobilisation de citoyens, d'acteurs associatifs et/ou de professionnels de santé publique pour remédier aux déséquilibres économiques et sociaux et agir sur une diversité de déterminants de la santé dans les territoires.

Pour comprendre les freins et les leviers de la co-construction des politiques de santé publique, il faut explorer trois enjeux qui sont au cœur de l'articulation entre l'approche par programme et l'approche du développement social.

Tout d'abord, chacune de ces deux approches repose sur des savoirs distincts :

- L'approche par programme tire sa légitimité de savoirs formels issus de disciplines constitutives de la santé publique comme l'épidémiologie, la biostatistique, la géographie ou la sociologie.
- L'approche du développement social, quant à elle, repose sur les savoirs des acteurs de terrain issus de leur expérience, c'est-à-dire sur leur connaissance de la population, du territoire et de ses acteurs.

Certes, cette distinction peut paraître caricaturale, mais elle éclaire l'une des principales difficultés de la co-construction des politiques de santé publique. Reconnaître l'existence et la légitimité de savoirs issus de l'expérience au même titre que les savoirs scientifiques ou disciplinaires est essentiel pour poser les bases de la concertation entre acteurs de terrain et acteurs politiques. C'est également l'une des voies privilégiées pour résoudre les controverses au sein des partenariats². Au Québec, la recherche partenariale sur les interventions et programmes de santé est parfois vue comme un moyen de faire dialoguer les acteurs de santé publique, qu'ils favorisent une approche ascendante ou descendante dans la mise en œuvre des orientations politiques¹. La recherche offre

en effet un espace d'échange entre acteurs politiques et acteurs de terrain qui permet d'aborder les valeurs de l'action de santé publique, les savoirs qu'elle mobilise et leur contribution respective à l'action.

Ensuite, un second enjeu de la co-construction des politiques de santé publique, en particulier aux niveaux local et régional, est l'adaptation des politiques – nationales ou même régionales – aux problèmes de santé prégnants dans un territoire, l'adaptation de la stratégie d'intervention aux ressources disponibles ou encore le respect des modes de coopération existants entre les acteurs du territoire³. La « proximité » entre le politique et le terrain est en effet souvent invoquée comme un levier de la co-construction des politiques de santé publique. Les ajustements techniques (adapter les priorités aux problèmes locaux) et démocratiques (faciliter la mobilisation des publics, favoriser l'appropriation des politiques de santé) que permet la proximité sont donc des facteurs qui peuvent pousser acteurs de terrain et acteurs politiques à s'engager dans une démarche commune.

Enfin, un troisième enjeu de la co-construction des politiques de santé publique est l'identification d'objectifs partagés, qui permettent à chaque type d'acteur de faire avancer sa propre cause. Par exemple, en mobilisant des acteurs de santé publique dans le cadre du réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, certaines villes ont développé une politique leur permettant d'utiliser leurs compétences d'urbanisme ou d'action sociale pour améliorer les conditions de vie des personnes socialement défavorisées. Pour les décideurs politiques, une telle initiative conjointe est un moyen de remédier partiellement aux conséquences de problèmes sociaux ou économiques dans leur territoire. Pour les acteurs de terrain, c'est une opportunité de faire entrer la santé publique dans l'action municipale. L'enjeu de la co-construction est alors de négocier cet objectif partagé, tout en tenant compte des jeux de pouvoirs et des intérêts respectifs de chacun des partenaires.

Articuler les démarches ascendantes et descendantes dans un processus de co-construction des politiques de santé publique est un processus complexe qui se heurte à de multiples difficultés. Pour les résoudre, il importe d'explicitier et prendre en compte les savoirs spécifiques des acteurs de terrain et des acteurs politiques ainsi que leurs ressources et intérêts respectifs. Pour cela, les partenaires peuvent définir collectivement les règles de la participation de chacun des acteurs, mandater des « médiateurs » pour assurer l'interface entre acteurs politiques et de terrain ou encore utiliser des outils de résolution des controverses.² ■

¹ Clavier C, Potvin L. Le rôle médiateur de l'évaluation pour parvenir à un équilibre entre l'approche par programmes et l'approche développement social. *Développement Social* 2009 ; 10(2) : 21.

² Bilodeau A, Lapierre S, Marchand Y. Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir. Montréal : Direction de santé publique ; 2003. http://asssm.clients.sys-tech.net/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-404-7.pdf

³ Clavier C. Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sciences Sociales et Santé* 2009 ; 27(2) : 47-74.

La place et la responsabilité de chacun dans la co-construction d'une politique et de stratégies d'intervention au sein d'un organisme associatif

YANNICK BARBANÇON

ANCIEN PRÉSIDENT DU DÉPARTEMENT SANTÉ PUBLIQUE
DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE BRETAGNE ET DE LA
FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Une analyse simpliste conduirait à penser que dès lors qu'il s'agit d'élaborer politiques et stratégies, seuls les élus, tant des organismes publics, associatifs que mutualistes, seraient concernés. Il n'en est bien sûr rien, et c'est même de la claire définition du rôle et de la responsabilité de chacune des composantes de ces organismes que dépendra en grande partie la réussite ou l'échec des politiques et stratégies élaborées.

Dans les organismes mutualistes, où les dirigeants sont élus par les adhérents, la responsabilité décisionnelle appartient bien à ces élus, sous réserve de délégation de tout ou partie de ce pouvoir aux cadres salariés. De la même façon, la responsabilité de l'élaboration des politiques leur appartient. Mais l'expérience a montré que ces politiques gagnaient fortement en efficacité et en qualité dès lors qu'elles avaient fait l'objet d'une co-construction entre les dirigeants élus et les équipes de techniciens de terrain. Le même constat est fait, concernant la concertation et la co-construction, entre les éléments centraux et déconcentrés ou décentralisés des organismes. Constat qui ne freine cependant pas la trop forte tendance actuelle au renforcement d'une hyper centralisation des circuits de décision, de plus en plus pyramidaux, des organismes mutualistes.

De la même manière les stratégies d'intervention, dont la responsabilité incomberait plutôt aux techniciens de terrain, ont tout intérêt, et pour les mêmes raisons, à faire l'objet d'une co-construction entre les techniciens de terrain et les dirigeants élus.

Cela se traduit en Mutualité par la notion de «couple président-directeur» qui résume la nécessaire complémentarité, concertation, apports mutuels, entre les dirigeants élus et salariés de ces organismes.

Cet état de concertation, de complémentarité est rarement donné et doit se construire :

- fondé sur une confiance réciproque ; et l'on voit dès lors que les éventuels jeux de pouvoir et d'ego entre les protagonistes sont de nature à durablement ruiner la réussite de l'entreprise, de même que le non respect des sphères de compétence et d'action des uns et des autres,

- guidé par une recherche conjointe de la satisfaction de l'intérêt général, recherche d'une particulière acuité lorsqu'il s'agit de santé publique !

- assuré à la fois d'une formation professionnalisante des dirigeants élus leur permettant d'atteindre un niveau de compétence en rapport avec celui de leur responsabilité décisionnelle, et à la fois du haut niveau de compétence des directions et équipes de techniciens de terrain,

- orienté vers un projet partagé tant du point de vue de ses objectifs que de son contenu et de ses modalités de mise en œuvre.

L'organisation du département santé publique de la Mutualité Française Bretagne entre 1992 et 2010 constituait de ce point de vue une illustration d'un type d'organisation réussie.

Parallèlement à cette co-construction institutionnelle, la co-construction résultant de l'implication des acteurs de terrain et, particulièrement en santé, l'implication des populations concernées, revêt elle aussi une grande importance pour assurer la réussite des projets mis en œuvre. Il y a cependant encore loin de la coupe aux lèvres. Entre les pétitions de principe des pouvoirs publics mais aussi des acteurs de santé publique - Mutualité incluse – et la réalité effectivement mise en œuvre, on constate encore trop souvent ce que l'on appellera pudiquement un écart significatif ! Même si l'on doit aussi reconnaître les progrès accomplis depuis les premières mesures résultant des ordonnances de 1996 réorganisant profondément la santé publique, ce sont tout

de même plus de 15 années qui se sont écoulées ! Ce ne sont pourtant pas les expériences ni les évaluations qui manquent pour démontrer à l'envi les plus values obtenues dès lors qu'une démarche participative a été mise en œuvre pour établir puis mettre en place des politiques de santé et ses stratégies d'intervention. Et alors que l'on invoque bien souvent le manque de crédits pour financer ce type de démarche, apparemment plus onéreuse dans une première approche simpliste, il serait plus que pertinent d'évaluer les gaspillages d'argent public, et privé, du fait de l'échec d'opérations conduites au mépris des recommandations qui précèdent. ■

Participation citoyenne et système de santé : démocratisation ou instrumentalisation ? / Chambaud L., Schaetzel F. *Sante société et solidarité*, n°2, 2009, pp. 35-43.

Disponible sur http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2009_num_8_2_1352 Consulté le 11/04/11

[...] Trois domaines sont essentiellement touchés par la notion de « démocratie sanitaire » : l'élaboration de la politique de santé à l'échelon national ou local, le fonctionnement global des institutions sanitaires et le processus même de soins dans le parcours du patient. C'est aux deux premiers que nous nous référerons dans le cadre de cet article, en excluant de notre analyse le champ de ce qui est convenu de qualifier de droits individuels ou droits des patients. (RA)

Evolution et légitimité de la représentation des usagers dans le système de santé français / Ghadi V. *Actualité et dossier en santé publique*, n°68, 09/2009, pp. 18-20.

Disponible sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/324479/> Consulté le 11/04/11

Participation des patients et des citoyens dans la transformation des pratiques cliniques : enjeux et perspectives / Stanton-Jean M., Callu M-F. *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 39 n° 3, 07-09/2008, pp. 243-247.

Disponible sur <http://santefrancais.ca/documents/Participation-des-usagers-et-pratiques-cliniques.pdf> Consulté le 11/04/11

Cet article a été alimentée par les présentations du colloque : Les patients comme moteur des transformations des pratiques cliniques (20es Entretiens du Centre Jacques Cartier, Lyon 30 nov – 5 déc 2007). Les auteurs y identifient les enjeux éthiques et juridiques, posés par cette problématique [...]. Ils abordent aussi certains des éléments qui favorisent ou nuisent à la légitimité et la représentativité des usagers dans l'organisation des soins de santé. (RA)

Le Pays du Centre-Ouest-Bretagne. Proximité et participation / Le Clézio M. *La Revue hospitalière de France*, n°510, 05-06/2006, pp. 22-24

Disponible sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/344076/> Consulté le 11/04/11

Après deux ans d'expérimentation, le bilan du projet territorial de santé en Pays du Centre-Ouest-Bretagne est positif. [...] Dans ce territoire où les indicateurs de santé se situent en dessous de la moyenne régionale, des actions convergentes sont à l'œuvre. Et parce que la santé est l'affaire de tous, elles associent usagers, élus, acteurs de santé et responsables locaux. (Intro.)

Le pouvoir, les incitations, la confiance / Forest P-G. *Actualité et dossier en santé publique*, n°50, 03/2005, pp. 58-59.

Disponible sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/324479/> Consulté le 11/04/11

Pourquoi les politiques de santé sont-elles si difficiles à mettre en œuvre ? Quel doit être le rôle du pouvoir politique ? Comment obtenir l'adhésion des acteurs aux propositions de réforme ?

Santé publique, du biopouvoir à la démocratie / Lecorps P., Paturet J-B. Rennes : ENSP, 1999. 186 p.

Disponible sur <http://www.presses.ehesp.fr/sciences-humaines-et-sociales/essais/Details/4/13/sciences-humaines-et-sociales/essais/sante-publique-du-biopouvoir-a-la-democratie.html>

L'ambition de ce livre est de proposer une « critique de la raison politique » en santé publique. [...] Face à la tyrannie de l'expert, les auteurs souhaitent redonner toute leur place au « sujet désirant » et au citoyen. Mais le sujet ne veut pas toujours son « bien », et le citoyen se dérobe trop souvent aux responsabilités du vivre ensemble... (RA)

Les comités d'éducation pour la santé réunis au sein d'une structure unique

Dans le contexte des réformes et mutations actuelles, les Conseils d'Administration de l'IREPS et des CODES bretons ont statué sur une évolution structurelle de leur organisation, pour s'inscrire dans une logique de régionalisation de l'offre de Santé Publique.

La création d'un organisme unique régional par la fusion de l'ensemble des structures du réseau et l'absorption des CODES par l'IREPS résulte d'une décision partagée par les comités des Côtes d'Armor, du Finistère, de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan, ainsi que par l'IREPS de Bretagne. Elle a été validée le 1er juin 2011 en vue de sa concrétisation au 1er juillet 2011.

La régionalisation ainsi construite répond aux enjeux et objectifs suivants :

- « [...] Adapter notre action à un environnement en pleine mutation,

- Optimiser notre capacité d'innovation dans une approche prospective des besoins de demain,

- Soutenir le développement des compétences et de l'expertise de nos professionnels,

- Renforcer la dynamique de capitalisation et de mutualisation de nos ressources,

- Apporter une meilleure lisibilité et crédibilité à nos financeurs et partenaires [...]».

... avec, pour finalité, une amélioration globale, en région Bretagne, du service offert aux acteurs et aux publics en éducation et promotion de la santé.

Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne

4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, contact@irepsbretagne.fr

Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>

Directeur de la publication : Jeanine Pommier

Rédacteur en chef : Magdalena Sourimant

Comité de rédaction : Isabelle Arhant, Christine Ferron, Philippe Lecorps, Marie Prat, Sonia Vergniory

Conception graphique : Magdalena Sourimant

Illustrations : Bettina Egger

Bienvenue à toutes vos réactions, remarques, commentaires...

N'hésitez pas à nous faire part de tout ce qui vous a interrogé, rassuré, intrigué, révolté,... dans ce numéro consacré au partage des responsabilités en santé publique : contact@irepsbretagne.fr