

Former à intervenir en éducation pour la santé

avec des personnes

en situation de précarité

guide du formateur

préface

Voilà un outil d'aide à l'action d'éducation pour la santé, exemplaire à plus d'un titre.

- par son processus de création : un travail collectif d'un groupe pluri-institutionnel et pluri-professionnel, coordonné par deux membres, l'un du collège régional, l'autre d'un comité départemental d'éducation pour la santé. C'est l'affirmation de l'existence d'une culture commune en éducation pour la santé au niveau de la région.

- par l'inscription de l'éducation pour la santé comme élément d'appui à une politique de lutte contre les exclusions ;

- par une démarche qui utilise les concepts théoriques pour interroger l'activité de terrain ;

- par le souci d'intégrer les mots des « exclus » et des « précaires » pour dire leur point de vue de la réalité vécue ;

- par le côté pratique de l'écriture et de la disposition graphique qui fournit jusqu'aux transparents utiles pour les formateurs à qui cet outil est destiné.

Je remercie les coordinatrices de cet outil pédagogique et l'équipe régionale. Je suis sûr que les professionnels qui bénéficieront de ces formations-actions sauront y trouver les éléments nécessaires pour mieux servir les personnes en situation de précarité.

Philippe Lecorps
Président du Collège Régional d'Education pour la Santé de Bretagne

sommaire

Introduction	4
L'outil mode d'emploi	5

1. Les dispositifs

1.1 • La loi de lutte contre les exclusions et la mise en place des PRAPS	6
1.2 • Le PRAPS en Bretagne	15

2. Construire une culture commune

2.1 • La précarité, l'exclusion, de quoi parlons-nous ?	27
2.2 • Trois processus à l'oeuvre dans l'exclusion	32
2.3 • Les difficultés perçues par les professionnels	40
2.4 • Les difficultés ressenties par les personnes concernées	42

3. La précarité et ses liens avec la santé - les inégalités sociales de santé

3.1 • Les inégalités sociales de santé	45
3.2 • L'accès aux soins et les inégalités de santé	49
3.3 • Les difficultés culturelles et les stratégies d'accès à la santé	52
3.4 • L'usage des ressources de santé	55
3.5 • Les fonctions de la maladie	58

4. Intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité

3.3 • La place de l'éducation pour la santé dans la lutte contre les exclusions	62
3.3 • Agir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité	65

introduction

Un premier classeur intitulé « Éducation pour la santé et précarité, classeur pédagogique destiné aux professionnels » a été élaboré en 2000 – 2001, à la demande de la DRASS de Bretagne dans le cadre du PRAPS¹.

Cet outil, coordonné par le CRES² a été construit par un groupe de professionnels³ de la région travaillant auprès de personnes en situation de précarité, à partir de l'analyse de leurs pratiques professionnelles (difficultés rencontrées, réponses pratiques possibles) et de compléments théoriques apportés par Bernard Goudet, sociologue au CRES d'Aquitaine.

Au vu de son utilisation, cet outil a évolué pour comporter maintenant deux parties :
- un premier classeur intitulé « Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé » utilisable dans toute formation en éducation pour la santé ;
- un deuxième classeur intitulé « Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité », complémentaire du premier, propose un approfondissement concernant la précarité.

Ces deux classeurs constituent une contribution collective de professionnels de la région visant à favoriser le développement de projets d'éducation pour la santé en Bretagne, inscrits dans la philosophie du PNEPS⁴ :

« L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de Promotion de la santé telle que définie » (...) « en 1986 dans la Charte d'Ottawa ».

« (...) Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun (...) et de (...) réduire les inégalités sociales de santé. (...) Elle interpelle tous ceux qui, par leur profession ou mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent ».

Cet outil propose une démarche d'accompagnement d'équipes de terrain dans le cadre de formations-actions. Conçu dans une perspective d'évolution, il s'enrichira peu à peu des expériences de chacun pour répondre au plus près des besoins des publics.

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

2 Collège Régional d'Éducation pour la Santé (coordinateur - Marie Prat, médecin)

3 Anne Leborgne-Briand - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Morbihan

• Béatrice Breton - Chargée de projet, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme du Finistère

• Françoise Carro - Conseillère Mission locale de Loudéac

• Amélie Chantraine - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé d'Ille-et-Vilaine

• Marie Paule Dréan - Infirmière de l'Éducation Nationale, Ille et Vilaine

• Lydie Gavard - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé des Côtes d'Armor

• Marcel Jaffré - Responsable du Service Promotion de la Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Morbihan

• Michèle Landuren - Chargée de projet, Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Finistère

• Christine Latimier - Médecin, Commission Locale d'Insertion d'Hennebont

• Régine Lementec - Responsable du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie de Lorient

• Armelle Lescouet - Conseillère Mission Locale d'Auray

• Carla Lorenzoni - Animatrice à la Maison Verte, Rennes

• Christiane Olivier-Tanguy - Conseillère en économie sociale, CAF du Finistère

• Marie Noëlle Samson-Salün - Infirmière, Conseil Général des Côtes d'Armor

• Dominique Riquier - Responsable de l'association ULAMIR AULNE à Chateaufort du Faou

• Catherine Yver - Médecin de l'Éducation Nationale, Ille-et-Vilaine

4 Plan National d'Éducation pour la Santé, 28 février 2001

Quelles finalités ?

Ce classeur a pour objectif d'outiller les formateurs en éducation pour la santé dans la mise en place et la réalisation de formations et dans l'accompagnements méthodologique concernant plus spécialement la précarité.

Il constitue un approfondissement du premier classeur « Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de Promotion de la santé » qui rassemble les éléments d'une formation de base en éducation pour la santé.

Le contenu du classeur

- ▶ Ce deuxième classeur propose des éléments de connaissance, de compréhension et d'aide à l'action sur les particularités de la précarité.

- ▶ Comme le premier, il est divisé en plusieurs chapitres qui contiennent chacun :
 - des propositions d'animation utilisables en formation (documents de travail à distribuer, références d'outils) ;
 - des éléments permettant un recentrage théorique à utiliser en complément des animations (textes et transparents) ;
 - des références bibliographiques pour compléter la réflexion (articles à distribuer, bibliographie).

1.1 La loi de lutte contre les exclusions et la mise en place des PRAPS

« La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation » (article 1 de la loi du 29 juillet 1998). En référence à l'article 67 de la loi « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ».

Ce volet comporte différents objectifs :

- ▶ Adapter dans chaque région l'offre de prévention et de soins aux personnes démunies : c'est la démarche du PRAPS. (art.71) ;
- ▶ Affirmer le rôle social de l'hôpital : mise en place des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) ;
- ▶ Développer les centres de cure ambulatoire en alcoologie ;
- ▶ Lutter contre le saturnisme infantile ;
- ▶ Créer la couverture maladie universelle.

La loi confie au préfet de la région la responsabilité d'élaborer un programme régional d'accès à la prévention et aux soins destiné à coordonner les mesures nécessaires pour faire face aux besoins spécifiques des populations qui en sont trop souvent exclues. Les circulaires spécifiques à la santé destinées à l'application de la loi de lutte contre les exclusions, prescrivent une programmation triennale, régionale et départementale, d'actions visant l'accès des populations précarisées à la prévention et aux soins. La circulaire du 8 septembre 1998 détaille six types d'actions à entreprendre : ateliers d'éducation pour la santé, actions en faveur de l'accès aux soins, accompagnement des personnes en situation de précarité et actions en faveur des publics d'accès difficile, prévention et prise en charge de la souffrance psychique et de la pathologie mentale chez les personnes en situation de précarité, prévention et prise en charge des pathologies infectieuses longues et des pathologies chroniques chez ces personnes.

La circulaire du 23 février 1999 définit des procédures propres pour l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes régionaux et départementaux.

La programmation régionale est établie pour une durée de trois ans après consultation du Comité Régional des Politiques de Santé présidé par le préfet de région qui réunit des représentants des services de l'État et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, les collectivités territoriales, l'Assurance Maladie et des représentants d'associations. C'est le comité de pilotage du PRAPS, il valide les orientations et les objectifs proposés par le groupe technique régional.

La loi de lutte contre les exclusions et la mise en place des PRAPS

Le groupe Technique Régional présidé par le Directeur de la DRASS élabore, à partir d'une synthèse régionale des besoins, une proposition d'objectifs et de programme d'actions à mettre en oeuvre.

Les groupes de travail départementaux, présidés par le Préfet de département et le Directeur de la DDASS sont composés des représentants du Conseil Général, de l'Assurance Maladie, du service public hospitalier, du centre communal d'action sociale, d'associations, d'acteurs de la politique de la ville, de réseaux de santé de proximité. Ils réalisent une analyse de l'existant, proposent des priorités départementales, veillent à la mise en œuvre des actions de santé et à l'intégration des actions dans les autres programmes d'action: RMI, accueil d'urgence sociale et de réinsertion.

Loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions

Art. 1

« La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».

Art.67

« L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ».

Art. 71

Mise en place d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Des actions coordonnées et mises en oeuvre dans les départements :

- ▶ prévention ;
- ▶ soins ;
- ▶ réinsertion ;
- ▶ suivi.

Des partenaires :

- ▶ services de l'état ;
- ▶ collectivités territoriales ;
- ▶ sécurité sociale ;
- ▶ ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) ;
- ▶ associations ;
- ▶ professionnels de santé ;
- ▶ établissements de santé.

Trois instances (1)

Le Comité Régional des Politiques de Santé

- ▶ comité de pilotage du PRAPS, il valide les grandes orientations proposées par le groupe technique régional ;
- ▶ présidé par le Préfet de région ;
- ▶ constitué des membres de la Conférence Régionale de Santé, Recteur d'Académie, FNARS, Mutualité Française.

Trois instances (2)

Le Groupe Technique Régional

- ▶ établit une synthèse des besoins à partir de l'analyse de l'existant ;
- ▶ propose une programmation d'actions à mettre en oeuvre au Comité Régional des Politiques de Santé ;
- ▶ assure un conseil technique aux participants du PRAPS ;
- ▶ piloté par le Directeur de la DRASS qui désigne un coordinateur.

Trois instances (3)

Les Groupes de Travail Départementaux

- ▶ interface entre les acteurs locaux et le groupe technique régional ;
- ▶ réalisent l'analyse de l'existant, l'évaluation du programme ;
- ▶ proposent des priorités départementales ;
- ▶ mettent en oeuvre les actions ;
- ▶ pilotés par le Directeur de la DDASS ;
- ▶ constitués de représentants du conseil général, de l'assurance maladie, du service public hospitalier, de centres communaux d'action sociale, d'associations, d'acteurs de la politique de la ville, du réseau de santé de proximité.

Le cadre : procédure et instances d'élaboration

Le Comité Régional des Politiques de Santé présidé par le Préfet de Région

Il décide ▶ des priorités régionales.

Le Groupe Technique Régional présidé par le directeur de la D.R.A.S.S.

Il fait ▶ une synthèse régionale à partir d'un bilan de l'existant.

Il propose ▶ des priorités ,
▶ des pistes d'actions régionales.

Les Groupes Techniques Départementaux présidés par les directeurs des DDASS

Ils mobilisent ▶ les acteurs de terrain.

Ils font ▶ un bilan de l'existant départemental.

Ils proposent ▶ des priorités départementales.

1.2 Le PRAPS en Bretagne

En Bretagne, une priorité santé-précarité était déjà affichée avant la loi. Quatre plans départementaux d'accès aux soins des plus démunis ont été réalisés en 1996.

Parallèlement, la précarité a été retenue comme une des priorités de santé de la région lors de la première Conférence Régionale de Santé le 1er octobre 1996. En 1997, celle-ci encourageait « toute initiative permettant la protection de l'intégrité physique et morale de l'individu dans un premier temps, puis son accompagnement vers les systèmes de soins existants » et préconisait que des recommandations soient faites pour « favoriser l'accueil des plus démunis dans les établissements hospitaliers ». Lors de la Conférence Régionale d'avril 1998 un bilan des actions réalisées a été présenté, notamment la mise en place d'espaces-santé, de lieux d'accueil et d'écoute, de cellules d'accueil spécialisé dans plusieurs hôpitaux de la région et le développement d'actions de prévention de proximité sur les zones en contrat de ville.

La démarche d'élaboration du PRAPS a débuté en Bretagne, en février 1999 par une phase d'état des lieux approfondi, pour aboutir à la présentation du premier programme au Comité Régional des Programmes le 11 avril 2000.

Le premier programme 2000-2002 (*transparentes p. 17-20*) :

▶ **Deux objectifs généraux**

- favoriser dans les trois années à venir l'accès à la prévention des personnes démunies ;
- améliorer dans les trois années à venir l'accès aux soins des personnes démunies.

▶ **Neuf objectifs stratégiques**

Accès à la prévention

- développer le plus en amont possible, des actions de prévention globale dans un contexte de complémentarité entre les services ;
- développer les compétences des professionnels autour de problèmes dûment identifiés en éducation pour la santé ;
- soutenir les familles dans leur rôle éducatif par la mise en œuvre de réseaux d'écoute, d'appui d'accompagnement ;
- améliorer la répartition géographique des interventions et des actions de santé.

Le PRAPS en Bretagne

Accès aux soins

- amener les personnes à entreprendre une démarche de soins tout en respectant leur choix ;
- améliorer la prise en compte de la souffrance psychique et du mal-être souvent présents chez ces publics ;
- renforcer la prise en charge des conduites addictives (tabac, alcool, toxicomanie) et des conduites de rupture (suicide, troubles du comportement alimentaire, etc...) ;
- poursuivre le décloisonnement santé-social ;
- veiller à assurer la continuité dans l'accès aux soins comme dans l'accès aux droits.

Pour atteindre ces objectifs, des actions sont proposées au niveau des quatre départements et de la région.

Le deuxième programme 2003-2006 (*transparents p. 21-26*) :

Les PRAPS ont été confirmés en mars 2003 dans le cadre du plan national de renforcement de la lutte contre la précarité et l'exclusion.

Quatre priorités d'actions sont définies au niveau national (circulaire du 19 février 2002) :

- la santé mentale et la souffrance psychique ;
- l'éducation pour la santé ;
- la politique de la ville ;
- le développement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

A partir de l'évaluation du premier programme, un deuxième programme a été élaboré pour les années 2003-2006. Il a été validé lors du Comité Régional des Politiques de Santé du 2 juillet 2003.

Les coordonnateurs Praps en Bretagne

Pour la région

Mme Nicole Dupuis-Belair
(DRASS)

Pour les départements

(DDASS)

▶ dans les Côtes d'Armor

Mme le Docteur Françoise Quittançon

▶ dans le Finistère

Mme Sylvie Sovrano

▶ en Ille-et-Vilaine

Mme le Docteur Christine Brunet

▶ dans le Morbihan

Mme Marie-Odile Barbier

Le PRAPS en Bretagne 2000 - 2002

Deux objectifs généraux

- ▶ favoriser dans les trois années à venir l'accès à la prévention des personnes démunies ;
- ▶ améliorer dans les trois années à venir l'accès aux soins des personnes démunies.

Neuf objectifs stratégiques (2000 - 2002)

Accès à la prévention

- ▶ développer le plus en amont possible, des actions de prévention globale dans un contexte de complémentarité entre les services ;
- ▶ développer les compétences des professionnels autour de problèmes dûment identifiés en éducation pour la santé ;
- ▶ soutenir les familles dans leur rôle éducatif par la mise en œuvre de réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement ;
- ▶ améliorer la répartition géographique des interventions et des actions de santé.

Accès aux soins (2000 - 2002)

- ▶ amener les personnes à entreprendre une démarche de soins tout en respectant leur choix ;

- ▶ améliorer la prise en compte de la souffrance psychique et du mal être souvent présents chez ces publics ;

- ▶ renforcer la prise en charge des conduites addictives (tabac, alcool, toxicomanie) et des conduites de rupture (suicide, troubles du comportement alimentaire, etc.) ;

- ▶ poursuivre le décroisement santé-social ;

- ▶ veiller à assurer la continuité dans l'accès aux soins comme dans l'accès aux droits.

Le PRAPS en Bretagne 2003-2006

Les principes

- ▶ une conception globale de la santé ;
- ▶ l'importance du cadre de vie (habitat) et de l'accès aux droits (CMU) ;
- ▶ la dimension santé dans les politiques publiques ;
- ▶ l'utilisateur, acteur du système de santé.

Le PRAPS en Bretagne 2003-2006

Objectifs et axes de travail

- ▶ l'observation sociale et sanitaire ;
- ▶ la territorialisation ;
- ▶ la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé ;
- ▶ la santé dans le processus d'insertion professionnelle ;
- ▶ l'accès aux droits et à la santé ;
- ▶ la santé et l'aide à la parentalité ;
- ▶ la continuité des soins ;
- ▶ la souffrance mentale et la souffrance psychique ;
- ▶ les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- ▶ le soutien aux « aidants » : professionnels et bénévoles.

Le PRAPS en Bretagne 2003-2006

La prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé

Objectif général :

▶ développer la dimension éducative et promotion de la santé auprès des personnes en situation de précarité.

Objectifs spécifiques :

▶ concevoir des projets en favorisant une démarche communautaire ;

▶ renforcer les actions de réduction des risques et les thématiques concernant ces publics dans le plan nutrition santé et les autres PRS.

Le PRAPS en Bretagne 2003-2006

La santé dans le processus d'insertion socio-professionnelle

Objectif général :

- ▶ développer l'accès à la prévention dans le cadre de l'insertion sociale et de l'accès à l'emploi.

Objectif spécifique :

- ▶ améliorer l'estime de soi et le lien social.

Le PRAPS en Bretagne 2003-2006

La continuité des soins

Objectif général :

- ▶ permettre la continuité des soins données aux personnes en difficultés.

Objectifs spécifiques :

- ▶ assurer l'accompagnement des personnes vers une démarche de prise en charge dans le durée par un fonctionnement en réseau des professionnels ;
- ▶ améliorer l'accessibilité aux services de santé, notamment en milieu rural et pour les personnes isolées ;
- ▶ développer des collaborations entre le secteur social et les secteurs de santé hospitaliers et libéraux.

Le PRAPS en Bretagne 2003-2006

Les publics prioritaires

- ▶ enfants scolarisés en maternelle et primaire (retard psychomoteur, troubles du langage, troubles du comportement...);
- ▶ étudiants en situation de précarité, d'isolement ;
- ▶ jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion ;
- ▶ adultes en situation de précarité (chômeurs de longue durée, travailleurs saisonniers, employés précaires du secteur agroalimentaire) ;
- ▶ familles monoparentales en difficultés sociales ;
- ▶ personnes sans domicile stable, en situation d'errance ;
- ▶ personnes âgées isolées ;
- ▶ gens du voyage en situation de précarité ;
- ▶ personnes sous main de justice, détenu(e)s ;
- ▶ étrangers en situation de précarité.

2.1 La précarité, l'exclusion, de quoi parlons-nous ?

animation

Recueil des représentations des participants à partir d'un exercice collectif

- ▶ En sous-groupes, à partir des documents remis (« *quelques définitions* » p. 28-30), noter les points essentiels à prendre en compte dans la notion de processus d'exclusion puis se mettre d'accord sur une définition ;
- ▶ En grand groupe, mettre en commun les travaux de sous-groupe (sur paper board). Chaque groupe présente la définition retenue et argumente son choix. L'animateur pointe ce qui est commun, ce qui s'oppose, ce qui se recoupe. Il s'agit de mettre en relief la pluralité des représentations.

Autres outils utilisables : le Photolangage, le métaplan, la méthode des mots-clés (voir classeur « Former en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé »).

- ▶ Illustrer la notion de précarité avec le *transparent* p. 31.
- ▶ Puis approfondir en utilisant les *pages 32-39* « *Trois processus à l'oeuvre dans l'exclusion* ».

Quelques définitions

► Précarité

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

WRESINSKI. J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Journal Officiel, 1987.

Il est fréquent de voir appréhender les situations de précarité à travers certaines catégories de populations censées y être plus que d'autres exposées, les populations dites « à risque » ou les populations effectivement « prises en charge ».

Les populations « à risque » sont le plus souvent des catégories répertoriées dans une perspective de prévention, à partir de divers critères qui peuvent être relatifs à :

- un événement (naissance prématurée, séparation de couple...);
- un état de santé (handicap, éthylisme...);
- une situation familiale (enfant orphelin, femme seule chef de famille, famille nombreuse...);
- des conditions de vie (habitat insalubre, chômage..);
- une appartenance ethnique (immigrés, gens du voyage...).

Les populations « prises en charge » sont le plus souvent des catégories définies par le fait qu'elles font effectivement l'objet d'une assistance de la société sous des formes variées.

GRAWITZ M. *Lexique des sciences sociales*. Paris : Dalloz, 1991.

Dans le rapport du HCSP de 1998, la précarité est définie comme un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion. La précarité est le produit de dimensions structurelles (économiques, sociales), de menaces de court ou moyen terme, mais aussi des dimensions subjectives (perception de sa situation, structuration psychique, etc.).

La précarité, l'exclusion, de quoi parlons-nous ?

L'un des modes d'action - sinon le principal - de la précarité sur la santé, est qu'elle fragilise l'équilibre psychique en créant chez l'individu un sentiment d'insécurité qui lui-même va conduire à un état d'anxiété plus ou moins marqué. Si la situation précaire se prolonge et devient permanente, elle entraîne une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale qui débouchent progressivement sur une souffrance psychique dont les modes d'expression dépendent de l'histoire personnelle. Dans des situations extrêmes, on assiste à une diminution de la vigilance voire de l'intérêt par rapport à son propre corps conduisant à des comportements à risques, à la consommation excessive de produits licites ou encore à l'usage de drogues illicites.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE.. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : La Documentation Française, 1998, pp. 18-19, 37.

► **Pauvreté**

On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs de type monétaire (salaires, revenus). Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé...), ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté .

INSEE, notes de l'observatoire économique de Paris, 1985.

Etat d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources.

1. La notion de pauvreté est relative, et le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe observé, et selon l'observateur. Les pays disposant d'une protection sociale définissent leur seuil de pauvreté.

2. Pour une collectivité ou une personne, la pauvreté a en général des conséquences sanitaires, par insuffisance de l'alimentation, par absence d'hygiène, etc...

SOURNIA J.C. *Dictionnaire français de santé publique*. Paris : éditions de santé, 1991.

► **Extrême Pauvreté**

Voici des indicateurs qui peuvent être utilisés en vue de définir l'extrême pauvreté :

- la pauvreté héritée ou existant depuis longtemps (à l'exclusion d'un chômage récent ou d'une pauvreté accidentelle) ;
- une accumulation et une combinaison de difficultés (santé, logement, éducation) ;
- l'appartenance à une population autochtone ou à un groupe vivant dans le pays d'accueil depuis plus de dix ans ;
- l'histoire personnelle ou collective ;
- le sentiment de différence, d'exclusion ou de marginalisation.

La précarité, l'exclusion, de quoi
parlons-nous ?

L'indicateur économique (à savoir le niveau de revenu) est trop fréquemment le seul critère utilisé. Des facteurs socioculturels doivent être utilisés afin de décrire précisément la réalité de la pauvreté.

OMS, *Organisation of Health Care for Disadvantaged Groups*.
Copenhague : WHO regional office for Europe, 1991.

► **Exclusion**

Terme paradoxal. Le préfixe « ex » (hors de) devrait le limiter aux individus qui, faisant partie d'un groupe, en sont rejetés, alors que « cludere » signifie fermer et permet d'étendre la signification du mot également à l'interdiction et au rejet de ceux qui n'en font pas partie.

On considère ainsi comme exclus non seulement les membres soumis à une procédure prévue et directe de rejet (les exclus du PCF) mais également ceux qui sont exclus indirectement, parce qu'ils ne possèdent pas les mêmes droits ou ne peuvent participer aux mêmes activités que les autres (immigrés, handicapés).

GRAWITZ M. *Lexique des sciences sociales*. Paris : Dalloz, 1991.

La précarité, l'exclusion, de quoi
parlons-nous ?

La précarité

- ▶ un processus de fragilisation ;
- ▶ l'absence d'une ou plusieurs sécurités.

2.2 Trois processus à l'oeuvre dans l'exclusion

recentrage théorique

1 – La figure de la « disqualification » (*transparentes p. 35-36*)

Elle s'inscrit dans une lecture de la crise des appareils d'intégration.

Paugam centre l'analyse sur le rapport de la société à ses marges : la manière dont elle classe et traite ceux qui échappent aux normes sociales d'intégration et manière selon laquelle ceux-ci réagissent aux modes de gestion assistanciels de leur existence.

« La pauvreté est le produit d'une construction sociale » et se pose comme un problème d'intégration sociale ; les individus privés d'emploi et donc « d'intégration normative et fonctionnelle » relèvent de la gestion des institutions de l'action sociale.

Dans « La disqualification sociale »¹, il distingue trois types de bénéficiaires :

- ▶ Les fragiles qui retardent le plus possible le recours aux services sociaux ;
- ▶ Les assistés qui acceptent de rentrer dans la carrière morale qui consacre leur dépendance aux professionnels et aux institutions d'assistance en passant par trois stades :
 - l'assistance différée ,
 - l'assistance installée ,
 - l'assistance revendiquée ;
- ▶ Les marginaux qui résistent à ces stigmates mais au risque de la déchéance ou de l'évolution à l'écart de la société.

Dans « La société française et ses pauvres »², en étudiant les rapports des bénéficiaires du RMI à l'emploi et leur situation dans les liens sociaux, il distingue :

- ▶ Les allocataires proches de l'emploi mais dont les liens sociaux sont marqués par des ruptures ;
- ▶ Les allocataires éloignés de l'emploi mais pouvant compenser par des liens sociaux forts ;
- ▶ Les allocataires aussi éloignés du travail que de tout autre réseau de sociabilité.

L'intérêt de ces analyses est qu'elles croisent :

- les questions de l'emploi et du travail ;
- avec l'appartenance sociale, la citoyenneté et l'identité des individus sociaux.

Paugam analyse le RMI comme une politique de régulation du lien social, la « disqualification » apparaissant comme l'envers de l'intégration, processus passant par des phases de fragilité, de dépendance, de rupture du lien social.

¹ PAUGAM S. 1991, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: PUF, 1991.

² PAUGAM S. *La société française et ses pauvres*. Paris : PUF, 1993.

2 – La figure de la « désinsertion »³ (transparent p. 37)

Cette figure se place du point de vue de l'existence des individus rendus inutiles à la société de par la désintégration des cadres qui distribuaient les places et les rendaient visibles. Ils centrent l'analyse sur la lutte des individus en perte de repères cherchant à conquérir leur place dans la société qui les rend inutiles et sans identité ni existence sociale.

Le processus de « désinsertion » passe par quatre étapes :

- ▶ La rupture liée à un événement fondateur (perte d'emploi, perte d'un être cher...);
- ▶ qui entraîne d'autres ruptures en cascade ;
- ▶ qui aboutit à un décrochage ;
- ▶ entraînant finalement la déchéance de la personne.

L'allure du processus dépend des réactions face aux événements :

- la résistance (mobilisation des ressources) ;
- l'adaptation (si les efforts ont échoué) ;
- l'installation (dans la passivité et le retrait social).

3 – La figure de la « désaffiliation »⁴ (transparent p. 38)

Cette figure s'inscrit dans une métamorphose de la société salariale produisant de nouvelles vulnérabilités sociales qui appellent de nouveaux réglages. Castel adopte une analyse historique et croise l'histoire du salariat et les différentes versions du traitement de la question sociale par l'État. L'époque de la stabilité et de la sécurité s'achève comme une exception, les grands réglages politiques l'ayant produit se décomposant et entraînant la « désaffiliation ».

Il distingue :

- ▶ Les pauvres incapables de travailler (« les pauvres honteux ») qui sont l'objet d'une « handicapologie » et « méritent » le secours des autres ;
- ▶ Les « mendiants valides », qualifiés « d'imméritants », abusifs, immoraux et qui relèvent de la police sociale.

Le processus de « désaffiliation » va de :

- l'intégration ;
- à la vulnérabilité ;
- puis à l'assistance,
- et enfin à la « désaffiliation ».

³ GAULEJAC V. et TABOADA L. I., *La lutte des places*. Marseille, EPI et Paris : Desclée de Brouwer, 1994.

⁴ CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard, 1995.

Les différentes figures de protection sont :

- la « tutelle » (dans l'ancien régime) ;
- le « contrat » (de la révolution au XIXème siècle) ;
- le « statut » (de la société salariale dans le cadre de l'État social – compromis social de la société salariale : droit du travail et sécurité sociale).

Cet édifice se fragilise actuellement : « fragilisation des statuts du travail et dissociation du lien social produisent des surnuméraires, nouveaux inutiles au monde sur lesquels aucune politique n'a de prise et que n'appelle aucune nécessité économique. »

Pour Castel, la « désaffiliation » ne se confond pas avec une absence de relations sociales, c'est « une rupture de l'appartenance, une rupture du lien sociétal ».

4 – Points d'accord entre les trois approches (transparent p. 39)

L'exclusion est un processus qui passe par 3 phases :

- ▶ Fragilisation ou précarisation ou vulnérabilisation ;
- ▶ Assistance, prise en charge par les institutions ;
- ▶ Marginalité hors normes, exclusion hors de toute forme et de tout lien social.

Les personnes avec lesquelles la rencontre et le travail éducatif sont possibles se situent surtout dans les deux premières phases. Ce n'est guère que par les ponts accueil de jour des CHRS et par le travail de rue que les personnes arrivées à la troisième phase du processus d'exclusion sont joignables pour un travail éducatif très aléatoire.

D'après : GOUDET B. *Santé, précarité des conditions de vie, éducation pour la santé.*
CIREPS Centre Ouest, avril 2000. Dossier de travail.

L'exclusion : trois figures de l'innommable (1)

La figure de la « disqualification » (Paugam)

Trois types de bénéficiaires de l'action sociale :

- ▶ les « fragiles » ;
- ▶ les « assistés » (assistance « différée » - « installée »
- « revendiquée ») ;
- ▶ les « marginaux ».

Rapport à l'emploi et situation des liens sociaux de bénéficiaires du RMI

Paugam distingue :

- ▶ les allocataires proches de l'emploi mais ruptures dans les liens sociaux ;
- ▶ les allocataires éloignés de l'emploi compensant par des liens sociaux forts ;
- ▶ les allocataires éloignés du travail et de tout réseau de sociabilité.

L'exclusion : trois figures de l'innommable (2)

La figure de la « désinsertion » (Gaulejac et Taobada Leonetti)

Le processus de « désinsertion » passe par 4 phases :

- ▶ la rupture liée à un événement fondateur ;
- ▶ autres ruptures en cascade ;
- ▶ décrochage ;
- ▶ déchéance de la personne.

Trois phases de réactions face aux événements :

- ▶ la résistance ;
- ▶ l'adaptation ;
- ▶ l'installation.

L'exclusion : trois figures de l'innommable (3)

La figure de la « désaffiliation » (Castel)

Castel distingue :

- ▶ les pauvres honteux, méritant le secours des autres ;
- ▶ les mendiants valides, méritants et immoraux relevant de la police sociale.

Les processus de gestions mis en œuvre par les personnes :

- ▶ l'intégration ;
- ▶ la vulnérabilité ;
- ▶ l'assistance ;
- ▶ la désaffiliation (rupture du lien sociétal).

Le processus d'exclusion

- ▶ étape de fragilisation, précarisation, vulnérabilisation ;
- ▶ phase d'assistance ;
- ▶ phase de marginalité, exclusion.

2.3 Les difficultés perçues par les professionnels

Du point de vue des professionnels les situations qui posent problèmes sont celles de personnes victimes de processus d'exclusion qui se trouvent en difficulté avec le lien social dans toutes ses dimensions (*transparent p. 41*) :

▶ **Difficulté dans le rapport à soi-même et l'affirmation de son identité propre...**

entraînant perte de confiance en soi, négligence des soins du corps, déséquilibre de l'alimentation et du rythme de vie, dépendance, souffrance psychique, occultation des questions de santé...

▶ **Difficulté dans le rapport aux proches et l'intégration primaire par la réalisation d'un « faire ensemble » particulier socialement reconnu...**

avec affaiblissement des réseaux de relations, baisse de l'énergie relationnelle nécessaire au recours face aux difficultés de santé, troubles psychorelationnels divers, repliement sur soi-même, états dépressifs, conduites d'excès...

▶ **Difficulté dans le rapport à la cité, crise de la citoyenneté...**

et enfermement dans les réseaux souterrains des conduites délinquantes et des pratiques illégales, conduites ordaliques, incivilités, dégradations, violences, maltraitance, pathologies dues à la dégradation des conditions de vie, déséquilibres psychorelationnels engendrés par l'accumulation des exclusions, rupture avec les institutions, mésusage d'un système de soins clos sur sa propre logique technico-administrative et ses impératifs économiques...

Difficultés de santé et crise du lien social

- ▶ difficulté dans le rapport à soi-même et l'affirmation de son identité propre ;
- ▶ difficulté dans le rapport aux proches et l'intégration primaire ;
- ▶ difficulté dans le rapport à la cité, crise de la citoyenneté.

2.4 Les difficultés ressenties par les personnes concernées

Lors de la construction de cet outil, il nous a semblé indispensable de faire apparaître ce que des personnes en situation de précarité disent de leur santé, de leur situation, de ce qu'ils pensent nécessaire à leur bien être...

Ainsi, sept personnes participant à un atelier d'insertion de Lorient ont contribué à enrichir ce classeur sur le fond et sur la forme.

Nous présentons ici leurs définitions de la précarité et leur analyse des liens entre la santé et la précarité.

► Précarité et santé

Etre dans une situation précaire c'est :

- avoir le RMI ;
- avoir la gueule ouverte ;
- pouvoir s'en sortir.

Dans une situation de précarité, il est nécessaire d'être en bonne santé, c'est une ressource pour sortir de la précarité.

Précarité égale:

- tomber en bas ;
- fin de droit ;
- ne pas avoir d'argent ;
- avoir besoin d'aide alimentaire ;
- avoir du mal à se nourrir, à se soigner et parfois ne pas oser ;
- insécurité.

Il existe des degrés de précarité : être dans la rue est la situation qui correspond à la précarité la plus grande.

Parfois de la précarité on peut basculer vers la rue, on ne veut plus se soigner. Le médecin doit aller vers les personnes de la rue.

Dans la notion de précarité il existe une notion de temps, cela s'aggrave si la précarité dure plus de 6 mois, si on est âgé.

Si on a une famille on supporte mieux la situation.

La situation de précarité et les soins : plus on est riche mieux on peut se soigner, mieux on mange.

► Pauvreté

Dans la pauvreté on a une notion de relativité, il existe des travailleurs pauvres (SMIC personne seule avec enfants), quand on touche le RMI on est pauvre.

La pauvreté c'est galère : ne pas pouvoir faire ce qu'on veut, faire toujours attention, quand on a payé ses factures on n'a plus rien.

Être pauvre c'est ne pas avoir assez d'argent pour finir le mois, on calcule tous les jours.

On est stressé parce qu'on se demande si on finira le mois.

De la pauvreté découle la mauvaise alimentation (moins de fruits et légumes.)

Quand on est pauvre devant les factures qui s'accumulent, on a peur d'être privé d'APL (Allocation Personnalisée au Logement), d'être expulsé, de tomber dans l'exclusion.

On n'a pas d'argent pour les loisirs.

► **Exclusion**

Définition : être rejeté (exemple : immigré, handicapé).

Dans l'exclusion on est en situation de fragilité.

Être exclu c'est être chassé d'un endroit, privé de ses droits, tenu à l'écart, rejeté de partout, on n'a plus rien du tout, pas d'identité, pas de papiers (CMU, sécu) pour se soigner.

Exclusion du système d'aide, on a basculé de la précarité à l'exclusion, on n'a plus d'aide alimentaire.

Synonyme d'exclu en argot : tricart, c'est à dire interdit de séjour.

L'exclu est soigné différemment car il est en marge d'une société. Il n'est pas inclus dans le réseau qui permet de se soigner. La maladie provoque l'exclusion.

La perte de logement est un facteur déclenchant l'exclusion.

Pour la moindre démarche: santé, logement, aide alimentaire, travail, il faut des papiers sinon on est exclu de tout. Sans papier le cercle vicieux d'exclusion est enclenché.

Les textes suivants ont été rédigés dans le cadre d'un « atelier santé-vie quotidienne », animé par le Comité Département d'Éducation pour la Santé du Finistère à Pont-Labbé.

Ils constituent une trace écrite des discussions internes à un groupe de femmes autour de la santé, de la précarité, des conditions de vie et des représentations du statut de la personne en insertion.

L'écriture, proposée comme support de travail, est devenue fédératrice pour créer en commun, échanger des idées, structurer la pensée, réfléchir à des sujets parfois légers et souvent graves, prendre de la distance par rapport à la vie quotidienne, par rapport aux émotions. Pour les femmes, elle est devenue le média pour communiquer, prendre conscience de leurs capacités sans cesse en progression et prendre conscience des freins qui entravent la prise en charge de leur santé et les résistances qui entravent le soucis de soi.

Les textes produits ont été créés suivant des techniques variées, écrits individuels ou collectifs, ils ont permis une prise de parole citoyenne et ont contribué à la prise d'initiatives futures.

3.1 Les inégalités sociales de santé

Extraits de : HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : La Documentation Française, 1998.

« (...) Aujourd'hui, plus personne ne peut ignorer que la précarité affecte une partie importante de la population tant ses effets sont visibles dans la vie quotidienne des Français. Elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche non seulement les catégories les plus défavorisées mais également, bien que de façon moindre, des couches sociales qui bénéficiaient encore, il y a peu de temps, d'une relative stabilité de l'emploi et du revenu (...) »

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière, mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Elle se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « (...) l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (...) ». (J.Wrezinski)

« (...) Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc. Mais au-delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre considérable de personnes qui sont – objectivement ou qui se sentent menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion compromettant ainsi gravement leurs chances de réinsertion sociale. Sur la base des données statistiques disponibles, le Haut Comité de la Santé Publique estime que le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, est devenu aujourd'hui massif puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de personnes. On assiste donc à un véritable bouleversement de la société française qui creuse les inégalités sociales et menace à terme la cohésion nationale (...).

(...) La santé est le résultat d'un processus cumulatif : moins l'enfant et le jeune adolescent font l'objet des soins attentifs de leurs parents et/ou des dispositifs sociaux prévus pour faciliter leur future intégration dans la société et en particulier l'école, plus ils se trouvent dans une situation de vulnérabilité et plus les risques de voir leur santé ultérieure être menacée sont grands (...).

Les inégalités sociales de santé

(...) De nombreux observateurs et acteurs de terrain soulignent que la pauvreté et la précarité provoquent des sentiments individuels comme la mauvaise image de soi, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité voire même de honte, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique aujourd'hui largement répandue. Or on sait aujourd'hui de mieux en mieux que la souffrance psychique peut être – en soi – associée au déclenchement de maladies organiques graves comme les maladies cardio-ischémiques ou les cancers. Le Haut Comité de la Santé Publique estime que la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale (...).

(...) Dans son rapport à la Conférence Nationale de Santé en juin 1997, le Haut Comité de la Santé publique soulignait les dangers qui menacent l'ensemble de la jeunesse et en particulier celle qui vit dans des conditions difficiles. L'absence de perspectives d'avenir et des conditions de vies souvent médiocres dans des environnements peu favorables à l'épanouissement individuel créent un sentiment de mal-être, voire de véritable souffrance, qui est à l'origine de comportements à risque et de violences dont certaines études montrent qu'elles sont largement plus développées chez les jeunes issus de milieux défavorisés (...).

(...) Le Haut Comité de la Santé Publique considère que la précarité éclaire de manière inquiétante le problème de la santé des jeunes qui plus que jamais doit devenir l'un des axes majeurs de la politique de santé publique en France. L'ampleur du risque sanitaire lié à la précarité représente donc un enjeu fondamental pour les pouvoirs publics et pour les institutions de prise en charge du risque sanitaire et social (...) ».

Les inégalités sociales de santé

Extraits de : GUILLOUX K., GUIMONNEAU T. *La Santé Publique à l'épreuve du terrain. Guide pratique en santé précaire*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997.

« (...) La mesure la plus précise de l'inégalité sociale face à la mort et à la maladie dont nous disposons est celle fournie par les données de mortalité selon les catégories socioprofessionnelles. Elle montre des différences très nettes de durée de vie, avec une tendance à l'aggravation dans le temps. Toutes causes confondues, le risque de décès chez les hommes entre 25 et 54 ans est trois fois plus élevé pour les ouvriers-employés que les cadres supérieurs-professions libérales. Chez les femmes, on retrouve des écarts de mortalité entre catégories sociales mais de manière moins prononcée : les femmes cadres ont la plus faible mortalité, les ouvrières non qualifiées et le personnel de service ont les risques les plus élevés.

Les informations sont plus rares et disparates sur la morbidité selon la classe sociale et la situation socio-économique. Pourtant les enquêtes locales foisonnent sur les caractéristiques morbides de groupes de population résidant dans des quartiers en difficulté, clients de centre de soins gratuits, bénéficiaires du RMI. Au fil de ces observations, certaines pathologies reviennent avec constance : troubles visuels et dentaires, pathologies cutanées, aggravation d'infections bénignes, tuberculose, dépendances alcoolique et toxicomaniaque, troubles dépressifs et psychologiques... Malgré la conclusion souvent réaffirmée de l'absence de maladies spécifiques de la pauvreté-précarité mais plutôt de l'existence d'une plus grande fréquence de tableaux intriqués (intrication de symptômes, de maladies, de facteurs de risque retrouvés en même temps chez la même personne), il semble qu'une ambiguïté persiste sur ce point : l'amalgame est parfois fait entre certains groupes sociaux (les pauvres, les démunis...), et certaines pathologies (troubles psychiatriques par exemple...). De même, on retrouve souvent citée dans ces études la notion de négligence (de son rythme de vie...), de déni, de non-souci de soi, alors que les comportements d'évitement ne sont pas l'apanage des populations paupérisées (...).

(...) Les inégalités sociales face à la mort et à la maladie existent et semblent s'aggraver, mais il faut prendre en garde à ne pas stigmatiser certains groupes sociaux, qui auraient l'exclusivité de maladies et de comportements de santé. Finalement, sans nier le risque de résurgence de maladies très liées aux conditions sociales comme le saturnisme, les seules occasions où l'on peut vraiment parler actuellement de « maladies de la précarité », c'est-à-dire de maladies ou de stades de gravité qu'on ne voyait plus, sont celles qui concernent les publics en extrême marginalité, principalement les personnes à la rue (...).

(...) Il n'y a pas de maladie spécifique « des pauvres » et il serait dangereux de faire de certains groupes de population les principaux responsables de « fléaux sociaux » comme l'alcoolisme, la toxicomanie, ou de les assimiler à des malades mentaux (...).

Les inégalités sociales de santé

(...) Pour autant, il s'agit de prendre en compte des situations problématiques qui se posent de plus en plus fréquemment aux acteurs de terrain. En quoi réside alors la nouveauté des problèmes de santé publique posés.

Il est incontestable que des personnes, de plus en plus nombreuses, cumulent troubles de santé, perte des droits de protection sociale, ruptures de vie, logement et travail précaires ou inexistantes, ressources réduites, parfois isolement affectif, sans que l'on puisse toujours déterminer la chronologie entre la dégradation de la situation sociale et la dégradation de l'état de santé.

Plutôt que des tableaux cliniques particuliers, les spécificités qui désemparent les professionnels sont semble-t-il de deux ordres : d'une part les obstacles administratifs et financiers liés très directement à la situation socio-économique, d'autre part des comportements et une demande parfois déroutants, complexes, qui peuvent nécessiter des « outils spécifiques » pour l'analyse de la situation et l'organisation de la réponse (...) ».

3.2 L'accès aux soins et les inégalités de santé

Extraits de : *Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2001-2002*. Paris : La Documentation Française, 2002, pp. 63-68.

La CMU a favorisé une amélioration des conditions générales d'accès aux soins (*transparent p. 51*).

Fin septembre 2001, on comptait 1,2 millions de bénéficiaires de la Cmu de base (affiliation au régime général) et 4,6 millions de bénéficiaires de la Cmu complémentaire (prise en charge avec dispense d'avance des frais). L'aide médicale (destinée aux personnes ne pouvant pas remplir les conditions de régularité de résidence en France) concernait 120 000 personnes.

La population bénéficiaire de la CMU comporte (par rapport à la population générale) davantage de chômeurs et d'inactifs, de femmes et beaucoup moins d'étudiants. Les moins de 20 ans représentent 41% des bénéficiaires contre 25% dans la population générale. La moitié des ménages bénéficiaires avaient renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières, soit un individu sur trois.

La structure des dépenses est marquée par une part plus importante de la médecine de premier recours.

Mais l'accès aux soins ne suffit pas pour lever les inégalités qui existent au regard de la santé.

La santé des enfants en ZEP (zone d'éducation prioritaire) reflète des inégalités sociales de santé, d'accès à la prévention et aux soins. L'augmentation générale de l'obésité infantile est plus importante en ZEP (17,3% contre 13,3% hors ZEP). Les inégalités sociales de santé sont particulièrement fortes pour les troubles de la vision et la santé bucco-dentaire. Par contre, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les vaccinations.

La précarité est une source de fragilité pour la santé des individus. Les personnes pauvres ont non seulement une mortalité plus importante, mais l'ensemble des maladies est plus fréquent chez elles. Sans noter de pathologie spécifique de la pauvreté, il existe plus de risques de contracter les pathologies ordinaires.

Le cercle vicieux constitué par un enchaînement de maladies et de difficultés de vie affaiblit l'individu sur le marché du travail. Une santé fragile (notamment les questions psychiques et de santé mentale) peut être à l'origine d'un processus de précarisation. Or, aux nombreuses incertitudes, inquiétudes liées à leur situation sociale et économique, s'ajoute souvent un sentiment ou une réalité d'abandon, d'isolement. L'ensemble des intervenants sociaux observe la fréquence des dépressions, des troubles relevant davantage du « mal-être » que de la maladie mentale. Des facteurs socio-psychiques interviennent : dans une période de difficultés, d'incertitudes, pouvoir mobiliser les supports

sociaux, constitue une différence déterminante dans les parcours de vie. Ainsi non seulement les problèmes de santé peuvent favoriser la précarité, mais les problèmes de santé suscités par la précarité sont d'autant mieux surmontés que la solidité du «support social» permettra à l'individu de mobiliser ses forces pour préserver sa santé.

De façon plus générale, la comparaison des états de santé des individus révèle l'existence d'un gradient régulier le long de l'échelle sociale. Des travaux menés en Grande-Bretagne révèlent l'impact de la position sociale sur l'état de santé des individus. Au-delà des différences de revenu et des comportements vis-à-vis du tabac et de l'alcool (dont les effets ont été neutralisés), on constate, au sein d'une population dont le travail et les revenus sont stables, de fortes inégalités de santé avec un gradient régulier en fonction du positionnement hiérarchique.

Confrontées à des urgences quotidiennes mettant en cause leur survie, les personnes en difficulté relèguent au second plan leur santé. Les questions de santé peuvent apparaître secondaires quand les conditions de survie économique et sociale ne sont pas garanties. Les alertes de santé ne sont pas prises en compte, en tout cas immédiatement.

Au-delà du renoncement à se soigner pour des raisons financières, d'autres déterminants subsistent. Des questions de culture, d'attention au corps, de confiance envers les soignants se posent.

Amélioration de l'accès aux soins par la CMU

Mais

- ▶ Étude sur la santé des enfants en ZEP : prévalence supérieure de l'obésité, des troubles de la vision et de la santé bucco-dentaire ;
- ▶ Intrication entre l'enchaînement des maladies et les difficultés de vie ;
- ▶ Impact de la position sociale sur l'état de santé (au delà des consommations de tabac et d'alcool) ;
- ▶ Questions de santé secondaires après la survie économique et sociale ;
- ▶ D'autres déterminants (que financiers) interviennent : culture, rapport au corps, rapport aux soignants.

3.3 Les difficultés culturelles et stratégies d'accès à la santé

transparent p. 54

1 – Difficultés culturelles et perte de maîtrise du système de santé

Les personnes qui ne possèdent pas les codes de la rationalité standard qui fonde la protection sociale et les prestations de soin, ou qui les ont perdu du fait des ruptures ou de la fragilisation de leurs conditions de vie, n'ont pas ou plus « l'usage, le savoir faire, la confiance que suppose une bonne maîtrise du système de santé » même si elles n'ont pas perdu leurs droits.

2 – Obstacles socio-culturels à l'accès aux soins

La complexité du parcours pour ceux qui sont les plus en difficulté rend nécessaire le passage par des procédures (RMI, AMG...) qui déplacent le problème de l'accès aux soins vers celui de l'accès au guichet censé le faciliter. On repère divers obstacles :

- la remise au second plan des soucis de santé, du fait de la précarité ;
- la difficulté de certains de s'exprimer ;
- les comportements qui sembleraient relever de la santé mentale ;
- l'inadéquation des prestations traditionnelles à des situations trop complexes ;
- la méconnaissance et la distance propre aux « jeunes ».

3 – Stratégies empiriques des publics en situation de précarité

Au lieu de raisonner en terme d'incapacité, on peut s'attacher à l'observation de la diversité des conditions de recours aux soins et distinguer les stratégies empiriques mises en place, non dépourvues d'efficacité :

- la reproduction d'un circuit ayant fait ses preuves (fondé sur les relations personnelles, l'interconnaissance de praticiens ou de familiers par qui on peut passer) ;
- l'utilisation des entrées à bas seuil (urgences hospitalières, consultations humanitaires) ;
- la hiérarchisation des soins (en fonction de l'estimation des coûts induits) ;
- l'automédication culturelle (basée sur les réseaux de connaissance de médicaments et de conseils de soins).

Ces stratégies ne sont pas sans effets négatifs :

- difficulté à rentrer dans les chaînes de soins diversifiées et standardisées que requièrent les maladies chroniques ou graves ;
- difficulté à intégrer les pratiques préventives relevant d'une autre représentation de la santé ;
- écarts entre les prescriptions et leur application.

4 – La réponse des pratiques de médiation

Les médiations offrant du soutien ou du support social sont très importantes pour permettre « d'intégrer la démarche de soins, de la faire fonctionner dans un cadre acceptable, c'est-à-dire avec un minimum de sentiment de sécurité ». Le renvoi à des structures spécialisées a peu d'effets sans des « supports d'accompagnement susceptibles d'être sollicités tant sur le plan relationnel que sur le plan technique ».

D'après : JOUBERT M. Inégalités Santé Exclusion. *Revue Prévenir*, 1995.

Les difficultés culturelles et stratégies d'accès à la santé

- ▶ Perte de maîtrise du système de santé ;
- ▶ Obstacles socio-culturels à l'accès aux soins ;
- ▶ Stratégies empiriques des publics en situation de précarité ;
- ▶ Développer les pratiques de médiation offrant du soutien social.

3.4 L'usage des ressources de santé

transparent p.57

1 – L'inégalité dans les attitudes appropriées à la bonne utilisation du système de santé

Ces attitudes relèvent de figures typiques de la temporalité sur lesquelles s'appuient les recours, protocoles de soins et dispositifs de prise en charge :

- ▶ L'anticipation (se projeter dans le temps en engageant des actes censés ne produire des effets qu'à long terme) ;
- ▶ La programmation (planifier des démarches ou des actes de soins, intégrer de nouvelles données aux rituels et interactions du quotidien) ;
- ▶ Le recours en temps opportun (le lien entre sensation et recours est une zone encore plus sensible de marquage des inégalités, la temporalité et les modes de traduction de la douleur ne sont pas les mêmes pour tous).

2 – Les blocages au recours par manque de l'énergie relationnelle suffisante du fait de la pénurie de soutien social et de la baisse de l'estime de soi

Le manque d'énergie nécessaire pour effectuer les diverses démarches de recours gagneraient à ne pas être abordé sous l'angle de la santé mentale et de pathologies à soigner pour elles-mêmes mais sous l'angle des « conditions inter-relationnelles et de celles pouvant occasionner une crise de sens. La variable énergétique se trouve être directement tributaire de l'état du soutien social et de l'estime de soi. Le processus est assez implacable : à partir du moment où la personne a perdu l'usage de ses énergies de recours, elle ne peut que s'enfoncer. L'énergie de recours est une énergie relationnelle : c'est elle qui fait tenir l'individu dans son ensemble social de référence ».

Perte du travail entraînant perte de sens à la vie, et ruptures diverses amenant la perte des interlocuteurs et des soutiens conduisent à ne plus faire face, à se délier à l'égard de son histoire et de ses repères. Ce qui est alors pointé sous le registre de la dépression et de la psychiatrie renvoie à un problème de dislocation du système des interactions et des soutiens sociaux.

3 – Les paradoxes des réponses en terme d'interventions de proximité

- ▶ L'orientation dominante vers la structure hospitalière (pour l'alcoolisme, toxicomanie, traumatologie) des personnes bénéficiant des dispositifs (RMI, ...) vient renforcer la représentation du rapport à la santé de ces personnes ;
- ▶ La mobilisation en second lieu (avant les praticiens libéraux) des structures intermédiaires (associations sociales, médico-sociales, humanitaires) correspond à un marquage social qu'elle renforce sans prendre en compte la diversité des trajectoires et positionnement à l'égard de la santé ;

L'usage des ressources de santé

- ▶ Les interventions de rapprochement (bus-santé, bus-prévention, bus-jeunesse, bus-information, bus-échange de seringues, samu-social, consultations gratuites, bilans de santé systématiques...) bien utiles actuellement ne sont pas exemptes d'effets pervers : progression d'une logique de contrôle sanitaire, mise en place d'une contrainte à se soigner ; et cela sans que les institutions « communes » ne se transforment et sans que les « comportements requis » soient adoptés ;
- ▶ L'accompagnement des personnes à risque vise à dépasser cet enracinement dans des filières spécialisées et à infléchir leur mouvement pour l'ancrer dans les circuits communs ;
- ▶ La mise en place des réseaux vise à tisser des liens de proximité immédiate, des personnes concernées jusqu'aux structures spécialisées.

D'après : JOUBERT M. Inégalités Santé Exclusion. *Revue Prévenir*, 1995.

L'usage des ressources de santé

- ▶ L'inégalité dans les attitudes appropriées à la bonne utilisation du système de santé ;
- ▶ Les blocages au recours par manque de l'énergie relationnelle suffisante (pénurie de soutien social et baisse de l'estime de soi) ;
- ▶ Les paradoxes des réponses en terme d'interventions de proximité
 - orientation dominante : l'hôpital ;
 - en second lieu : les structures intermédiaires ;
 - effets pervers des interventions de rapprochement ;
 - intérêt de l'accompagnement et des réseaux.

3.5 Les fonctions de la maladie

Fonctions de la maladie pour les personnes en situation de précarité et réponses de l'accompagnement social (*transparentes p. 60-61*)

Bertolotto considère que le regard des travailleurs sociaux, fortement empreint du modèle biomédical dominant, se focalise sur les dysfonctionnements biologiques et empêche l'analyse des situations de relier ces aspects aux aspects psychologiques et sociaux, pourtant déterminants dans ces cas, de l'état de santé des individus en situation de précarité.

Il distingue 4 types de populations, toutes présentant les problèmes de santé similaires « mais où les éléments discriminants sont constitués par la situation sociale et la valeur symbolique accordée au symptôme » :

« Maladie-accident »

- ▶ L'événement morbide se situe dans l'histoire d'un individu pas encore désaffilié, gardant la capacité à affronter les institutions et à se faire soigner pour retrouver son insertion professionnelle ;
- ▶ Le travail « d'aide sociale » (vérification de la protection sociale, orientation éventuelle vers les circuits de soin) suffira.

« Maladie-métier »

- ▶ Maladie constitutive de l'identité, dernier élément permettant d'avoir un statut social, porte permettant une insertion d'abord sociale et ensuite, peut-être professionnelle ;
- ▶ Un travail « d'action sociale » doit prendre en compte cette dimension et ne pas précipiter le soin qui pourrait apparaître comme une menace et paradoxalement s'opposer à une éventuelle prise en charge thérapeutique.

« Maladie-destructrice »

- ▶ Elle participe d'un long et pluridimensionnel processus de destruction du sujet, qui, souvent depuis l'enfance mène l'individu de drames en échecs. L'alcoolisation et la clochardisation sont les manifestations extérieures les plus « classiques » ;
- ▶ Un travail « d'assistance sociale soutenue » s'impose : réouverture des droits sociaux, aide physique à accéder aux soins.

« Maladie-libératrice »

- ▶ Donnant un statut social de malade et des moyens d'existence à une personne déjà assistée, souvent susceptible d'être bénéficiaire de l'AAH ;

Les fonctions de la maladie

- ▶ Elle ne demande qu'un travail « d'assistance sociale ponctuelle » pour lui permettre de regagner cette intégration dans la marge.

On voit ainsi « **à quel point la santé opère, pour les plus en difficulté, comme une surface d'expression sociale, mettant à mal les modèles de prise en charge centrés sur la maladie, comprise à partir d'un modèle médical qui s'arrête aux aspects biologiques du symptôme.**

Les inégalités d'accès à la santé ne se situent pas seulement du côté des personnes en difficulté mais aussi au cœur même du référentiel culturel des intervenants sanitaires et sociaux chargés de les « prendre en charge ».

D'après : BERTOLOTTO F. Inégalités Santé Exclusion. *Revue Prévenir*, 1995.

Fonctions de la maladie pour les personnes en situation de précarité et réponses de l'accompagnement social (1)

- ▶ « Maladie-accident » ;
- ▶ « Maladie-métier » ;
- ▶ « Maladie-destructrice » ;
- ▶ « Maladie-libératrice ».

Fonctions de la maladie pour les personnes en situation de précarité et réponses de l'accompagnement social (2)

La santé opère, pour les plus en difficulté, comme une surface d'expression sociale, mettant à mal les modèles de prise en charge centrés sur la maladie, comprise à partir d'un modèle médical qui s'arrête aux aspects biologiques du symptôme.

Les inégalités d'accès à la santé ne se situent pas seulement du côté des personnes en difficulté mais aussi au cœur même du référentiel culturel des intervenants sanitaires et sociaux chargés de les « prendre en charge ».

4.1 La place de l'éducation pour la santé dans la lutte contre les exclusions

L'éducation pour la santé, en tant qu'accompagnement éducatif des personnes en situation de précarité, peut contribuer à la réduction des inégalités en mettant en place une démarche qui allie le soin et la prévention.

En éducation pour la santé, réduire les inégalités, c'est promouvoir des compétences personnelles, réduire les écarts d'accès à l'information, aux structures de soins et à la prévention.

Un dispositif de soins, s'il est accompagné d'un projet d'éducation pour la santé, peut devenir plus efficace : l'approche éducative développée conduit les personnes à devenir actrices de leur santé. En effet, la mise en œuvre, dans les actions d'éducation pour la santé, de méthodes pédagogiques adaptées aux personnes concourt à une prise en charge de leur santé qui va favoriser le recours aux soins. Une démarche de remobilisation des personnes est ainsi engagée ; elle se poursuivra au-delà du projet d'éducation pour la santé et pourra favoriser un recours aux soins plus précoce.

Cependant, l'accès à la santé ne se résume pas à l'accès aux soins. Le traitement des inégalités passe aussi par la promotion de la santé des personnes. Les actions d'éducation pour la santé menées dans une perspective de promotion de la santé permettent d'intervenir sur d'autres déterminants de la santé que l'organisation du système de soins, c'est-à-dire les déterminants sociaux, psychologiques, culturels...

L'éducation pour la santé, démarche éducative de promotion de la santé, permet de renforcer les aptitudes favorables à la santé et de réduire « les résistances liées aux représentations et aux rapports complexes que les populations les plus défavorisées peuvent entretenir vis-à-vis de leur corps, de la santé et des soins »¹.

Deux types d'enjeux principaux peuvent être soulignés dans une démarche d'éducation pour la santé avec les personnes en situation de précarité (*transparent p. 69*) :

- ▶ Le développement des capacités des personnes à devenir sujets de leur propre vie et acteurs de leur santé, ce qui implique une action restauratrice, participative, qui s'exerce à tous les niveaux du lien social passant autant par l'accompagnement éducatif que par l'aménagement d'espaces d'expression et de débat démocratique sur la santé (au sens de la santé globale) ;
- ▶ L'ouverture des systèmes institutionnels et des structures de la santé et du social à l'exercice de la citoyenneté, ce qui implique de restructurer leur fonctionnement selon des orientations de « promotion de la santé » (au sens de la charte d'Ottawa) passant autant par la concertation entre les partenaires que la mobilisation communautaire.

C'est dans ce sens que s'exprime F.-P. Debionne :

« L'accès à une culture de santé reste un immense défi quand le relais familial n'est pas assuré. En effet, ce qu'il faut stopper, c'est la poursuite du creusement des écarts entre ceux qui ont accès à l'information et aux services et qui bénéficient de conditions de vie globalement favorables, d'une part, et ceux qui cumulent les précarités.

¹TULEU F. *Inégalités et éducation pour la santé*. Vanves : CFES, 1998. Dossiers techniques.

Les quarante heures obligatoires d'éducation pour la santé en milieu scolaire seront-elles suffisantes pour réduire les écarts d'information, de connaissance du corps, de maîtrise des comportements ? Sans projet de société clair pour tous les jeunes, leur permettant de construire leur identité, quel projet éducatif pourrait répondre à leurs attentes ?

Saurons-nous faire des ateliers d'éducation pour la santé, budgétisés dans les Praps, les lieux d'expérimentation d'une pédagogie pour adultes, fondée sur un échange de savoirs et dont chacun puisse être fier ».

DEBIONNE F-P. *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin.*
Ed. de l'Atelier, Ed. Quart Monde, 2000, pp. 205, 220.

Pour le groupe de travail de professionnels de la région menant des actions d'éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité, des questions demeurent :

- ▶ Peut-on parler santé quand les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits ?
- ▶ Faut-il mettre en place des actions spécifiques « précarité » ?
- ▶ On ne doit pas être réparateur d'une situation économique catastrophique.

Dans cette perspective, il semble important de bien cerner les limites de l'éducation pour la santé : l'éducation pour la santé est une réponse possible mais pas la seule.

L'Éducation pour la Santé, un accompagnement éducatif qui va favoriser le recours aux soins

Deux enjeux :

- ▶ Le développement des capacités des personnes à devenir sujets de leur vie et de leur santé ;
- ▶ L'ouverture des systèmes institutionnels à l'exercice de la citoyenneté.

Des questions demeurent posant le problème des limites de l'Éducation pour la Santé.

4.2 Agir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité

Les groupes ou « ateliers santé » sont fondés sur la parole, la confrontation, le débat et la mise en action.

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

LAROSSE B., TRIAS V. Les groupes de parole : espaces de mobilisation face à la souffrance psychosociale. *La santé de l'homme*, juillet-août 2000, n° 348, pp. 31-32.

Avec des méthodes participatives et respectueuses des personnes.

« Cela implique des méthodes participatives, respectueuses des personnes et, en l'occurrence de la souffrance psychique induite par les sentiments d'inutilité et de dévalorisation de soi le plus souvent associés aux situations de précarité. Au besoin, il sera fait appel à des compétences spécialisées ».

GRANIER A. Santé et dignité : fondements d'une approche éthique et méthodologique. *La santé de l'homme*, juillet-août 2000, n°348, pp. 24-26.

Mais « à lui seul (le travail de groupe) ne peut agir sur les facteurs macro-sociaux (urbanistiques, économiques, culturels, politiques) qui structurent les situations de précarité et les conditions de vie des personnes victimes des processus d'exclusion.

Il importe donc de situer le travail éducatif avec des groupes restreints dans des actions communautaires plus larges s'inspirant des perspectives de la promotion de la santé telles que définies dans la charte d'Ottawa (1986).

Cela passe par deux axes de travail. Le premier, propre au travail de groupe restreint, vise à amener le groupe à **passer du « faire ensemble particulier »**, qu'il élabore au fil de la dynamique, **à une prise de position par rapport à ce qui est à l'extérieur** du groupe, à une confrontation de ses convictions et propositions à celles d'autres acteurs, à une ouverture « citoyenne » vers la société globale.

Cette démarche, reconstituant la dimension « citoyenne » du lien social, n'est possible qu'accompagnée du deuxième axe, c'est à dire s'il y a **ouverture des systèmes institutionnels**, espace ménagé avec les acteurs institutionnels pour un questionnement des facteurs structurant les conditions de vie et la mise en débat démocratique des orientations de santé publique ».

B. GOUDET, CRES d'Aquitaine. Document de travail.

Un travail d'éducation pour la santé autour de la précarité se développera autour de trois axes :

- ▶ Un travail éducatif en santé avec les personnes en situation de précarité par la mise en place d'ateliers santé, prenant la forme de groupes de paroles ou d'action ;
- ▶ Un axe s'attachant à la diffusion d'une culture de Promotion de la santé avec les professionnels en contact direct avec les personnes en situation de précarité pour leur permettre de jouer leur rôle de personnes ressources (secteur éducatif, social, enseignants...);
- ▶ Un axe visant la facilitation du recours à la prévention et aux soins et l'amélioration de l'accueil par les acteurs de la prévention et du soin.

1 – L'axe éducatif avec des personnes en situation de précarité : la mise en place d'ateliers santé

Le travail de groupe constitue une des modalités fondamentales de l'intervention en éducation pour la santé.

Les principes de fonctionnement d'un travail de groupe avec des personnes en situation de précarité ne diffèrent des principes généraux d'une démarche éducative en santé. (se reporter au classeur « Eduquer en santé dans une démarche de promotion de la santé »).

Nous insisterons cependant sur certains points :

- ▶ Prendre en compte respectueusement les situations, les usages, les modes de vie des personnes ; le travail éducatif prend appui sur l'expérience vécue des personnes, leur expression propre du bien-être et du mal-être, leurs représentations de la santé et des risques pour la santé, leurs aspirations... ; c'est en se sentant concernés, mis en confiance, que les participants pourront exprimer leurs préoccupations et questions, voir ce qui les rapproche et les différencie des autres participants et que se met en œuvre le processus éducatif ;
- ▶ Le travail éducatif est orienté vers le changement du rapport à soi, du rapport aux proches (environnement micro social) et du rapport à la société (environnement macro-social) ;
- ▶ La production du groupe ; au-delà de la prise de parole et de la confrontation au groupe, la production collective reflètera leurs aspirations, leur volonté de communiquer, leur capacité de faire ensemble ;
- ▶ La diffusion, au-delà du groupe, de cette production collective ouvre sur une dimension plus large, la dimension sociétariaire ; les personnes peuvent s'exposer aux regards étrangers, confronter leur production à d'autres, découvrir des points communs et des différences pour aller jusqu'à la négociation avec des partenaires institutionnels pour une ouverture des systèmes communs à ceux qui en sont exclus

(comme illustration, on pourra se reporter à l'expérience menée par le CRAES Rhône-Alpes « Des acteurs-bénéficiaires aux acteurs-professionnels, un éclairage sur les orientations du PRAPS 2000-2003 ») ;

- ▶ Un travail inscrit dans la durée ;
- ▶ Un travail inscrit dans un partenariat actif avec les structures sociales, éducatives et de santé de proximité.

2 – L'axe de la diffusion d'une culture commune de promotion de la santé

Il s'agit dans cet axe de travailler avec les acteurs professionnels et bénévoles exerçant auprès des personnes en situation de précarité des fonctions d'accueil, hébergement, aide sociale, enseignement, intervention médicale ou paramédicale. Ce sont des relais incontournables complémentaires du travail d'éducation pour la santé mené dans les ateliers santé.

Pour que cette complémentarité fonctionne, il importe que ces acteurs bénéficient d'un temps commun pour réfléchir et échanger sur certains points :

- ▶ La dimension globale et positive de la santé ; l'identification des principaux déterminants de santé ;
- ▶ L'inscription de leur démarche d'accompagnement dans une perspective de Promotion de la Santé ;
- ▶ La démarche éducative en santé.

Ce travail peut être réalisé dans le cadre de formations, de l'évaluation d'une action, la préparation d'un temps fort...

3 – L'axe visant la facilitation du recours à la prévention et aux soins et l'amélioration de l'accueil des acteurs de la prévention et du soin

Il s'agit ici de ménager des interfaces pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité pour :

- ▶ Faciliter le recours aux professionnels de la prévention et du soin (rendu inopérant par des expériences malheureuses nourrissant des représentations réciproques négatives, des difficultés de recourir aux soins pour les personnes en situation de précarité, des difficultés d'accueil pour les professionnels) ;
- ▶ Respecter la liberté de chacun en particulier en garantissant le secret professionnel, l'autonomie de chacun ;
- ▶ Faciliter la communication entre les personnes exclues et les professionnels, en prolongement du travail éducatif mené dans les « ateliers santé ».

Ce travail comporte deux axes :

- d'une part, faire évoluer les représentations respectives des personnes en situation de précarité et du système de santé (soins et prévention) ;
- d'autre part, développer les capacités des personnes en situation de précarité à recourir au système de santé et des professionnels à les accueillir.

Il pourra être réalisé au sein des ateliers santé en travaillant par exemple sur les représentations des membres du groupe des professionnels de santé, l'analyse collective des obstacles à l'accès à ces professionnels, la participation de professionnels de proximité à ces groupes (médecin scolaire, de PMI...), des informations sur les ressources locales de santé...

Complémentairement, sur un territoire donné, une information des professionnels sur les activités, réflexions et productions du groupe peut être réalisée. Un temps fort de rencontre entre les membres du groupe et les professionnels peut permettre la confrontation des préoccupations, des points de vue et aboutir à une analyse commune.

CRES et COMITES DE BRETAGNE, PAYS DE LOIRE et CENTRE. *L'Education pour la santé et précarité, contribution à l'évolution des pratiques dans le cadre des PRAPS*. Rennes : CRES Bretagne, 2000, 123 p.

CRAES-CRIPS RHÔNE-ALPES. *Des acteurs-bénéficiaires aux acteurs-professionnels. Éclairage sur les orientations du PRAPS 2000-2003 à partir de l'expression de groupes de personnes en situation précaire ou exclues*. Lyon : CRAES Rhône-Alpes, septembre 2001, 23 p.

DEBIONNE F.-P. *La santé passe par la dignité : l'engagement d'un médecin*. Paris : Ed. Quart Monde, Ed. de l'Atelier, 2000, 237 p.

GOUDET B. *Groupe de travail sur Santé et précarité*. Vannes, 27 et 28 septembre 2000, 19 p. Dossier de travail (disponible au CRES Bretagne).

GOUDET B. *Santé, précarité des conditions de vie, éducation pour la santé*. CIREPS Centre Ouest, avril 2000, 31 p. Dossier de travail (disponible au CRES Bretagne).

GUILLOUX K., GRES MEDIATION SANTE, GUIMONNEAU T., DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. *La santé publique à l'épreuve du terrain. Guide en santé précarité*. Paris : Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Edition Sicom, 1997, 300 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : Ed. de l'ENSP, 1998, 285 p. (Avis et Rapports)

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation Française, 2002, 410 p. (Rapport)

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

MAISONDIEU J. *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard Editions, 1997, 264 p. (Société)

PAUGAM S. *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris : éditions la découverte, 1998, 583 p. (Textes à l'appui)

Pauvreté, précarité : Quelle santé promouvoir ? *La santé de L'homme*, juillet-août 2000, n° 348, Dossier n° 48. pp. 11-44.

Programme d'accès à la Prévention et aux Soins de Bretagne (PRAPS) 2000-2002. Rennes : DRASS de Bretagne, 2000, 163 p.

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de Bretagne (PRAPS 2) 2003-2006. Rennes : DRASS de Bretagne, 2003, 11 p.

TULEU F., BRIXI O. *Santé et précarité. Outil d'aide à l'action*. Paris : CFES, 1997. 80 p. (Guide d'action)

dispositifs

dispositifs

Notes de l'utilisateur

dispositifs

dispositifs

Notes de l'utilisateur

Notes de l'utilisateur

Notes de l'utilisateur

précarité - santé

précarité - santé

Notes de l'utilisateur

précarité - santé

précarité - santé

Notes de l'utilisateur

intervenir

intervenir

Notes de l'utilisateur

intervenir

intervenir

Notes de l'utilisateur

Ce document a été réalisé grâce à la participation financière de la DRASS de Bretagne et de l'URCAM Bretagne, ainsi qu'à la contribution technique des CODES des Côtes d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

Coordination :

Marie Prat, CRES de Bretagne
1, place du Maréchal Juin
35000 Rennes
tél : 02 99 67 10 51
fax : 02 99 67 10 59
e-mail : cres.bretagne@wanadoo.fr

Conception graphique :

CRES de Bretagne, Magdalena Sourimant

Impression :

reprographie Artekrepro, Rennes

décembre 2003