



L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale »

La pauvreté, apparaît aujourd'hui comme l'un des déterminants majeurs dans l'état de santé des populations, et par conséquent comme une zone de travail particulièrement stratégique en santé publique dans la plupart des pays du monde¹.

Depuis une vingtaine d'années ce phénomène a acquis une importance particulière en France, où d'après différentes estimations, entre 10 % et 20 % de la population vivrait au seuil ou dans un état de grande pauvreté (soit entre 5 et 13 millions de personnes)².

Les effets de cette « fracture sociale » sont nombreux, produisant de profonds bouleversements dans les conditions et modes de vie de ces populations, et sont à l'origine de véritables dynamiques de régression sur le plan social, politique et culturel, qui trouvent une expression particulière dans le champ de la santé.

Il est frappant de constater à quel point sur ce dernier registre, l'ensemble des observateurs et décideurs ayant compétence en la matière, à quelque niveau que ce soit, se rejoignent pour reconnaître que cette situation semble à l'origine d'une nouvelle demande, qu'il convient de prendre en compte de manière prioritaire dans la construction de politiques de santé publique pertinentes^{3, 4, 5}. De la même manière, la plupart d'entre-eux préconise le recours à des actions d'éducation et promotion de la santé des publics concernés, comme moyen de ré-

ponse le plus adapté à bon nombre des problèmes détectés.

Mais, l'examen attentif des capacités de réponse du système de santé à ce niveau, montre une série de décalages entre « l'offre et la demande », qui peuvent s'opposer à l'atteinte de tels objectifs, révélant des contradictions de fond entre intentions politiques, moyens mobilisés et fonctionnement du système de santé.

Éduquer les pauvres à la santé. De quoi parle-t-on ?

Les quelques études ayant cherché à préciser l'état de santé des personnes précarisées⁶, concluent à une absence de pathologies spécifiques, mais constatent un cumul de problèmes d'ordre biologique et psychologique mal ou non résolus, souvent occasionnés ou aggravés par la situation sociale de la personne, qui la place de fait dans une situation de fragilité et de risque accru par rapport au reste de la population.

Il n'en reste pas moins que le tableau d'ensemble qui en résulte, renvoie une image très préoccupante où l'on décèle également des signes de régression sanitaire. Du point de vue épidémiologique, on peut constater chez ces populations une incidence particulière des phénomènes épidémiques mal contrôlés (sida, hépatites, tuberculose...), ou de problèmes endémiques tels que les problèmes den-

taires et ophtalmologiques, ou certaines pathologies mentales névrotiques (essentiellement les dépressions).

Autour et entre ces figures relativement classiques de la nosographie médicale, viennent s'ajouter des « demandes » d'un genre « nouveau » pour les professionnels de la santé, que l'on classera essentiellement dans le champ de la santé mentale, parce que renvoyant au domaine du comportement et du ressenti (résumé souvent sous la notion de « mal-être »)⁷. Ici, on constatera l'absence ou l'abandon des préceptes préventifs les plus basiques et surtout (ce qui pose le plus problème à l'intervenant en santé, puisqu'en contradiction totale avec son propre référentiel culturel et professionnel), des attitudes individuelles ou collectives dans lesquelles la santé semble désinvestie parce que dépourvue de toute valeur symbolique. Ces nouvelles conduites agies⁸, sont à la base de l'augmentation des conduites dites « à risque » (toxicomanies, alcoolisme, accidents...), ainsi que de la démultiplication des tableaux de décompensations psychologiques, difficiles à saisir pour le non spécialiste au guichet des services sanitaires et sociaux en contact avec ces publics (violences, suicides, comportements d'abandon particulièrement visibles au niveau de l'hygiène corporelle et de vie ou dans l'absence d'attitudes d'attention et de protection des plus vulnérables notamment à l'égard des enfants et des personnes âgées).

Ces constats renvoient directement aux dynamiques de régression générées par la crise sociale citées plus haut. Sur le plan social, la transformation et perte de rôles et statuts sociaux identitaires (notamment ceux liés au travail), l'affaiblissement des mécanismes de socialisation et de soutien social (montée en charge des situations d'isolement et fractures communautaires, transformations de la famille et crise de l'école), mais aussi les difficultés d'accès aux services de protection sanitaire et sociale (seuils d'accès incompatibles avec les capacités des personnes fragilisées), sont à l'origine d'une souffrance individuelle et collective qui a du mal à être élaborée et qui ne trouve d'autre surface d'expression (ou d'intel-

ligibilité quand on la regarde de l'extérieur) que celle offerte dans le champ de la santé, même si les formes qu'elle prend (souvent il s'agit de situations complexes que le sujet présente en bloc, de manière massive et indifférenciée) ne correspondent pas avec les critères d'admission opérant couramment dans le système de santé. L'analyse de la « demande » (qui souvent n'est identifiée que par les professionnels en contact avec ces publics), fait souvent apparaître un sujet en voie de décomposition, ayant perdu (ou ne possédant pas pour les plus jeunes) les repères les plus élémentaires lui permettant de s'adapter de manière logique à sa situation, en discernant clairement ses intérêts (ici il s'agirait de sa santé) et en se situant correctement (c'est-à-dire en tenant compte des normes en vigueur) dans son environnement social, administratif et économique.

Devant ces situations le diagnostic est posé : il s'agit de reconstruire et de soutenir le sujet atteint, de lui (re)donner les clefs nécessaires à sa « réinsertion sociale », et dont la santé fait partie. En somme, il s'agit de l'éduquer, voire le rééduquer : apprendre à se détendre et parler de sa souffrance pour retrouver la confiance en soi, soigner ses dents, se désintoxiquer, être propre, apprendre à manger équilibré (c'est possible même quand on a un « petit budget »⁹), s'occuper correctement de soi et de ses enfants, savoir utiliser ses droits et comprendre ses obligations (de citoyen... mais aussi de « malade »), avoir confiance dans la société et y retrouver des appuis (réinventer ou retrouver « la communauté », « créer du lien social »).

La stratégie thérapeutique va (presque) de soi : mettre en place des démarches d'éducation pour la santé, telle que la définit la circulaire n° 385 du 31 octobre 1985 du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale¹⁰, ou plus largement celle donnée par le rapport Lévy en 1982¹¹. Or, l'observation de la mise en pratique de la démarche¹² montre qu'elle ne va pas de soi, et que sa réussite exige un certain nombre de conditions qui sont souvent très difficiles à réunir dans l'état actuel du champ.

L'éducation pour la santé dans le champ de la précarité : enjeux et limites actuels

Comme nous venons de le décrire très sommairement, l'éducation à la santé dans une réalité aussi complexe que celle des personnes en situation de précarité, exige *a priori* un degré de construction conceptuel, stratégique et organisationnel d'une grande qualité et cohérence. L'enjeu ici n'est pas seulement de « soigner » un corps, mais bien plus de (re)donner à un sujet les conditions de sa santé (dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale, et on peut même ajouter éthique et politique), et de l'aider à « être bien » dans l'environnement qui est à l'origine de son « mal-être », sans pour autant jouer sur la plupart des déterminants qui ont provoqué cet état.

Dans une perspective d'éducation et promotion de la santé, une telle mission peut rapidement apparaître comme une injonction paradoxale, faute d'une appréciation fine des différents mécanismes en jeu, qui permettent à l'intervenant et à la « cible » de trouver un terrain sur lequel chacun puisse garder un degré de liberté suffisant pour gérer les contradictions que la démarche révélera dès sa mise en application.

Nous avons pu observer un certain nombre de difficultés de cet ordre, qu'il semble opportun de signaler ici, même si nous ne pouvons trop les expliciter dans l'espace qui nous est imparti.

Un premier problème se pose au niveau des capacités de l'éducateur. En effet, l'absence de codification et d'organisation du champ de l'éducation à la santé¹³, et l'importance de la demande a pour conséquence que nombre d'intervenants aujourd'hui confrontés à ces situations sont rapidement asphyxiés par la complexité de la tâche, et finissent par obtenir des résultats contraires à ceux espérés. L'absence de connaissance et de maîtrise de la problématique dans toutes ses dimensions¹⁴, une faible position dans le champ de l'action sanitaire et sociale (la légitimité de ce type de démarche est loin d'être reconnue dans un champ où

domine la rationalité médicale curative), et un cadre d'intervention souvent aussi précaire que son public¹⁵, expliquent ces situations.

D'une manière plus spécifique, il semble également important de s'interroger sur la validité des schémas théoriques dominants en matière d'éducation à la santé, qui apparaissent souvent inopérants face aux problématiques posées par la précarité. En effet, rares sont les intervenants qui utilisent les travaux de sociologie et anthropologie de la santé¹⁶ qui montrent que le sujet social, placé en situation critique, ne fera pas nécessairement des choix « rationnels » en matière de santé, mais qu'il s'adaptera en fonction d'intérêts souvent « à côté » de la norme.

Enfin, l'éducation à la santé des plus pauvres sans une réflexion critique du sens politique que la démarche implique (« elle doit permettre non seulement la prise en charge par chacun de sa propre santé, mais encore la responsabilisation de tous ceux qui ordonnent les conditions de vie et de travail, ou qui créent l'environnement socio-économique et culturel »¹⁷), dans un contexte politique et institutionnel dominé par l'obsession gestionnaire et la réduction des coûts, pourrait amener à occulter le débat social sous la chape d'une santé publique qui fait le contraire de ce qu'elle déclare dans sa doctrine. Éduquer à la santé serait ici apprendre aux plus fragiles à se conformer à cette situation sans générer des charges (maladie) ou risques (sida, toxicomanie) supplémentaires à la société. Un tel enjeu politique ne peut être ignoré des acteurs de l'éducation pour la santé, sous peine de créer les conditions d'un nouvel affaiblissement de cet important (mais fragile) secteur du système de santé. ■

Fernando Bertolotto

Sociologue, RessCom/93, Saint-Denis

¹ L'OMS reconnaît ce facteur comme l'un des principaux facteurs responsables de la non atteinte de l'objectif Santé pour tous en l'an 2000. Voir : Pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous, Élaboration d'une politique d'équité, de solidarité et de santé, Document de base pour le processus de consultation, OMS, Genève, 1995 ; en particulier dans le cadre de la résolution WHA48.16 de la 48^e Assemblée mondiale de la santé « Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous », OMS, 12 mai 1995

² Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Avis présenté au nom du Conseil économique et social par Mme Geneviève de Gaulle-Anthonioz. Séances du 11 et 12 juillet 1995. *JO Année 1995*, n° 3

³ La santé en France, Haut Comité de la santé publique, Paris la Documentation française, 1994

⁴ Cf. aux résultats des travaux des Conférences Régionales de Santé, par exemple l'enquête de type Delphi en Île-de-France, in : Étude sur les priorités de santé publique en Île-de-France, Enquête de type Delphi réalisée auprès de 370 acteurs régionaux, février-mai 1996 (document de travail), Dr Y. Margue, Dr P. Lombraill, Conférence Régionale de Santé, p. 34

⁵ Voir aussi nos articles sur ces questions au niveau local, notamment Santé publique et dynamiques de changement au niveau local — Le rôle des municipalités, F. Bertolotto, Dr M. Schoene, *Actualité et dossier en santé publique* n° 15, juin 1996, p. 14-16

⁶ C'est essentiellement les travaux de l'association ATD-Quart Monde, puis les constats des associations humanitaires ayant investi le champ de la précarité par ce biais (tels que Médecins du Monde, Médecins sans frontière ou Remède), suivis des travaux du Credes et de l'Insee sur la consommation médicale des plus démunis, et des évaluations réalisées dans le cadre du RMI (cf. notamment : RMI et santé, J.-Y. Fratrias, B. Goudet (dir.), Ed. CFES, La santé en action, 1993 ; et : État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes, F. Schaezel, O. Querouil, Dirmi, 1991), que l'état de santé des plus pauvres a été exploré ces dernières années en France

⁷ Voir sur ces questions : Cette souffrance qu'on ne peut plus cacher, H. Strohl, M. Arene (rapp.), Rapport de la Commission santé mentale Div/Dirmi/Cnamts, Div, 1995

⁸ Cf. par exemple à : Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence, P. Jeammet, Les actes de la nouvelle revue de psychiatrie, n° 31, printemps 1985, p. 201/222

⁹ Cf. notamment : Alimentation et petit budget, L. Barthelemy, A. Moissette, M. Weisbrod, Ed. CFES, La santé en action, mars 1994 (2^e Ed.)

¹⁰ Circulaire n° 385 du 31 octobre 1985 relative à la mise en place d'une politique officielle de promotion de la santé, partie « C », ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. Notons que cette circulaire reprend la définition de l'OMS donnée lors de la 36^e assemblée mondiale de la santé (février 1983)

¹¹ Qui semble être celle adoptée par le CFES, tel que le signale le rapport Priorités en santé publique : apports de l'éducation pour la santé, Groupe méthodologie

recherche évaluation — Délégations inter-régionales pour l'éducation et promotion de la santé (Direps), CFES, mai 1996, p. 12

¹² Cf. notamment à nos travaux : Santé et précarité : Évaluation des interventions de neuf CDES de la région Centre-Ouest — Rapport à la Direps Centre-Ouest, F. Bertolotto, Resscom, mai 1995 ; et Les espaces — Santé : Un outil pour l'accès à la santé des publics en difficulté, Rapport Final à la DGS (Convention n° 94-03), C. Fabre, F. Bertolotto, N. Busiaux, Gres Média-tions Santé, octobre 1995

¹³ Il n'y a pas de diplôme officiel d'éducateur pour la santé, le CFES a un rôle de référence mais n'a pas des vrais pouvoirs de régulation du secteur, d'autant que le réseau de CDES et CRES sur lequel il s'appuie prioritairement n'est pas le seul réseau d'opérateurs actifs sur ce registre (la Cnamts, la MSA et les fédérations mutualistes par exemple, sont de plus en plus actives dans ce domaine)

¹⁴ Voir notre article : Travail social, insertion et maladie : réduire les inégalités, F. Bertolotto, *Rev. Prévenir* n° 28 premier semestre 1995, pp. 109/116

¹⁵ La subvention de fonctionnement allouée par l'État aux Codes dépasse rarement les 80 000 F par année

¹⁶ Cf. par exemple aux travaux de L. Boltansky, C. Herzlich, M. Auge, J. Pierret, et plus récemment les travaux de P. Bouhnik et S. Touze sur la gestion des risques de contamination VIH chez les héroïnomanes intra-veineux (rapport de recherche à l'ANRS, 1996), ou ceux de G. Cresson ou de L. Cardia-Voneche et B. Bastard sur la production familiale de santé (consulter notamment *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n° 1, mars 1995)

¹⁷ L'éducation pour la santé en France, Avis du Conseil Economique et Social, 7 octobre 1982 p. 858 (dit rapport Lévy)