



**Centre liégeois de promotion de la santé**

**Temps de réflexion**

**« promotion de la santé  
et précarité sociale »**



# Sommaire

☉ I. Introduction	1
☉ II. Récit des rencontres animées par P. Piron et E. Malevé	6
☉ III. Récit des rencontres animées par JM Delvaux et E. Malevé	13
☉ IV. Expériences de promotion de la santé menées auprès de populations précarisées	25
1. « La Santé en Namont, le Mieux-être en Aval »	25
Promotion de la santé mentale et actions communautaires : un projet du CPAS de Chaudfontaine et du Conseil de l'Action Sociale	
2. «Apple - Alimentation et promotion de la santé : Programme liégeois d'Echanges» Un programme de L'intergroupe Liégeois des Maisons Médicales	30
☉ V. Conclusions et perspectives	33
☉ VI. Annexes	34

# I. Introduction

## 1. Genèse du projet

Le CLPS est chargé, depuis le 1er octobre 1998, par la Communauté française d'accompagner, de susciter et de coordonner des actions de promotion de la santé auprès des professionnels de l'arrondissement de Liège soucieux d'améliorer le bien-être, la qualité de vie de la population.

La démarche de promotion de la santé, définie par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, est le cadre de référence du CLPS. Vu sous cet angle, la prévention, n'est pas seulement se prémunir contre, se préserver de..., c'est agir positivement sur un certain nombre de facteurs déterminants la santé et susceptibles d'améliorer la qualité de vie des individus et des collectivités. La promotion de la santé tient compte de l'environnement global de la personne et du groupe : environnement social, culturel, familial, professionnel et physique. Elle se développe dans une logique participative et de proximité dépassant les ressources du seul secteur médical.

Afin d'améliorer ses connaissances, le CLPS a réalisé un état des lieux de ce que souhaitent les professionnels pour développer la promotion de la santé.

Il en ressort notamment :

- **Le besoin de rencontre, d'apprentissage, de réflexion.**  
*De nombreux acteurs de terrain ont exprimé le souhait de voir se développer des espaces d'échange et de ressourcement où ils pourraient prendre le temps de réfléchir à leur pratique et prendre de la distance par rapport au travail quotidien.*
- **Le besoin de définir les concepts et les stratégies de promotion de la santé.**  
La multiplication et l'extension des concepts en promotion de la santé représentent pour beaucoup une source importante de questionnement, dans la mesure où leur imprécision paralyse les initiatives ou s'oppose à l'harmonisation des pratiques.
- **L'expression d'un malaise des intervenants confrontés à une accentuation de la pauvreté à Liège et une mise à mal de leurs pratiques.**

Il semblait donc opportun de poursuivre la réflexion, en y associant l'ensemble des secteurs, dans le but de favoriser des représentations communes, puis de les diffuser au service d'une pratique cohérente.

En vue de répondre à ces attentes, le CLPS et ses partenaires ont mis en place des ateliers intitulés « Temps de réflexion » sur le thème « promotion de la santé et précarité sociale ». Une douzaine de rencontres se sont étalées de 2004 à 2005.

Le projet de ces ateliers était de permettre la rencontre des professionnels afin qu'ils puissent ensemble partager leurs constats, leurs questions, leurs pratiques, préciser leur malaise, repérer de nouvelles pistes de travail, identifier d'éventuelles attentes communes à relayer vers d'autres acteurs mais aussi vers les pouvoirs publics.

Une trentaine d'intervenants de la région liégeoise issus des CPAS, mutualités, université, associations de terrain, maisons médicales, services de soins, centre PMS, centre de planning familial, observatoires, ... se sont investis au sein de ces ateliers. Deux groupes ont été mis en place qui se sont chacun réunis à une douzaine de reprises.

Ils étaient animés par P.Piron de l'asbl Repères, J-M Delvaux d' Espace Santé et E.Malevé du CLPS.

Les deux groupes voulaient laisser une trace du travail accompli en atelier. Ils souhaitent donner des pistes de réflexion aux acteurs de terrain qui développent eux aussi des projets de promotion de la santé avec un public précarisé. L'objectif est également de donner à ces professionnels l'envie d'entreprendre une démarche similaire : prendre le temps de la réflexion sur ses pratiques.

*« Temps de réflexion. D'interrogation. De regard critique. De re-formulation. En vue de se ressourcer. De revisiter le vécu sur le terrain au travers des regards croisés du groupe. De réinterpréter les situations paradoxales et contradictoires dans lesquelles sont placés les travailleurs devenus de véritables tampons entre les politiques et la réalité vécue par les personnes au quotidien. De mieux comprendre cette réalité : celle des travailleurs, de leur public et de leur terrain de rencontre »* écrivait une participante.

Ce recueil comprend des textes rédigés par les animateurs, les synthèses des réflexions menées par les deux groupes et, pour illustrer ces propos, une présentation de deux projets de promotion de la santé menés en région liégeoise auprès de populations précarisées.

La liste des participants ainsi qu'une bibliographie qui reprend quelques ouvrages en lien avec le thème sont également jointes.

Nous tenons à remercier chaleureusement les participants et les animateurs qui se sont investis sans compter au sein de ces ateliers. Sans eux, rien n'aurait été possible.

Chantal Leva  
Directrice

## 2. Les enjeux de la promotion de la santé auprès des publics précarisés

Patricia Piron de l'ASBL Repères

La promotion de la santé auprès d'un public en situation de grande précarité est nécessairement un défi. On ne peut qu'être sans cesse pris dans un dilemme.

Est-il, en effet, éthique, adéquat, pertinent d'aller parler de santé avec des personnes le plus souvent privées des besoins de base alors que ceux -ci ont une importance capitale dans la préservation de la santé : accès à un logement salubre, nourriture en suffisance, accès à l'information et aux soins de santé, respect de la dignité humaine ?

Est-il possible de concerner ces personnes qui vivent ou survivent au jour le jour alors que la promotion de la santé vise bien souvent la prévention de pathologies susceptibles de survenir des années plus tard ?

Est-il pourtant pensable, au nom de cette détresse sociale et économique, de priver ces personnes des informations à propos de la santé auxquelles nous, personnes aisées, avons accès : accès à l'information, accès à l'esprit critique qui permet de trier ces informations, accès à une perspective d'avenir qui rend ces informations particulièrement attractives ?

Dès lors, d'autres questions se posent :

Qu'est-ce qui motive l'action, qui veut quoi, pour qui et pourquoi ?

Comment faire en sorte que les personnes à qui nous nous adressons puissent se réapproprier ce souci de santé que nous avons pour elles ? Comment s'y prendre pour partager ce souci avec elles ? Mais aussi comment faire place à ce qui leur fait prioritairement souci ? Et comment nous assurer que les exigences de santé de nos sociétés occidentales ne deviennent pas une opportunité supplémentaire de disqualification et de sanction des plus précarisés d'entre nous ?

**Nous pensons que tenter de répondre à ces questions fait précisément partie de ce qui définit la promotion de la santé.**

Dans notre société, certains ont développé, à leur insu peut-être, un argument qui consiste à penser que ceux qui sont pauvres et malades y sont très certainement pour quelque chose. Ce mode de pensée comporte deux bénéfices : il permet de limiter le partage des richesses « ils les gaspilleraient » et de se convaincre que cela ne pourrait pas nous arriver puisque nous posons, chaque jour, une série de gestes presque conjuratoires ou expiatoires supposés nous protéger des aléas de l'existence (vitamines, jogging, oméga 3, crèmes de beauté, huile d'olive, patch antitabac, tous censés nous garantir un passeport pour une jeunesse et une vie éternelles).

Mais notre terreur de vieillir, de nous appauvrir, d'être malades ou de mourir ne nous a-t-elle pas rendus particulièrement féroces à l'égard de ceux qui n'arrivent pas à se conformer à ces comportements prescrits ?

*Ces gros, ces gras, ces pauvres, ces vieux, ces cracheurs de poumons, ces difformes, ces imbibés d'alcool ravivent nos frayeurs comme s'ils étaient plus contagieux que des lépreux. C'est qu'ils nous laissent penser qu'ils osent encore jouir et se refusent à payer (avec nous) le prix exorbitant de la santé éternelle.*



« Et pourtant, disait l'un de nous, manger sainement ne coûte pas plus cher ».  
Et si manger sainement ne rapportait qu'aux plus riches qui peuvent aussi se protéger du travail qui tue, des humiliations qui brisent, de l'anxiété qui ronge, de l'humidité et du froid qui minent, du tabac qui apaise et tue en même temps, des regards méprisants qui assassinent à jamais, de l'alcool qui console mais si mal, du désespoir qui finit par s'installer bien avant la vieillesse ?

A ne pas y prendre garde, n'existe-t-il pas un risque de passer d'une promotion de la santé qui n'avait d'autre but que d'aider les gens à mieux prendre soin d'eux-mêmes à une autre « promotion de la santé » qui entendrait rendre chacun responsable de la gestion de son « capital santé » ?

Cette nouvelle option de la promotion de la santé repose sur une intention, à priori, louable d'améliorer la santé des populations et de réduire les coûts de la santé afin de préserver la sécurité sociale. Mais cette option laisse de plus en plus entendre que la maladie, loin d'être une fatalité, serait le résultat d'une *mauvaise hygiène de vie*. Il nous revient de mieux cerner ce que recouvre cette expression « hygiène de vie » et quelles dérives ce concept est susceptible d'entraîner notamment vis-à-vis de personnes aux prises avec des réalités de vie qui ne leur permettraient pas d'accéder à ces exigences de santé. Il nous appartient également d'être plus que vigilants quant au discrédit qu'une telle « idéologie » jetterait sur toutes les personnes atteintes de maladie.

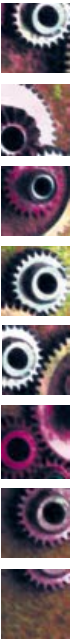
Il est chaque jour plus difficile de se retrouver face à des personnes en situation de précarité et face à certaines injustices sociales qui inspirent consternation, révolte, impuissance, mais pour lesquelles il existe rarement une solution simple. Dès lors comment se donner les moyens d'analyser de telles situations ainsi que les contextes sociaux, sociétaux, économiques, politiques dans lesquels elles émergent ? Comment repérer ce qui aurait « véritablement » du sens en terme de pistes pour faire face à ces situations ?

Comment se doter d'une « éthique de travail » en tentant à la fois d'être aux côtés des personnes, à l'écoute de leurs attentes, de respecter leurs ressources propres et leurs compétences tout en cherchant à repérer et « dénoncer » ce qui, dans ces situations rencontrées, doit trouver des réponses structurelles : augmenter les moyens financiers de certaines familles qui n'ont pas accès aux besoins fondamentaux, améliorer les conditions de logement, garantir un meilleur accès aux structures de soins, augmenter la concertation entre les acteurs sociaux afin d'optimiser l'aide apportée à ces personnes, ...

La consultation, l'implication, la participation des personnes aux « actions » qui leur sont destinées apparaissent comme les conditions « éthiques » qui rendraient acceptable le travail de promotion de la santé destiné aux personnes précarisées. La santé communautaire semble bien souvent pertinente à condition de prendre en compte la difficulté particulière de ces publics à éprouver un sentiment d'appartenance alors même qu'ils se vivent davantage comme marginaux et exclus. Il conviendra de se donner du temps pour mieux saisir ce que la participation signifie pour chacun de nous. Une confusion semble, en effet, parfois apparaître entre le concept de participation et celui d'adhésion.

Enfin, de quoi les professionnels ont-ils besoin pour « voir clair » dans ces contextes et ces enjeux infiniment complexes ? Comment prendre le recul nécessaire pour ne pas s'épuiser dans des combats vains ou perdre le sens de son travail ? Comment naviguer entre toute puissance et impuissance, entre naïveté et cynisme, ..., ...

**Ce sont ces questions et bien d'autres qui ont été mises au travail dans les ateliers « promotion de la santé et précarité ».**





## II. Récit des rencontres animées par P.Piron et E.Malevé

Sandra Gasparotto du CRIPEL et Patricia Piron de l'ASBL Repères

### Attentes et questions des participants

Lors de notre première rencontre, nous avons pris du temps pour nous présenter et tenter de préciser ce que nous attendions de ces ateliers. Les attentes, qui se sont précisées et enrichies au fil des rencontres, s'articulaient essentiellement autour des questions suivantes :

De plus en plus souvent, les participants se disent confrontés à des usagers qui vivent dans des situations de grande précarité. Ils souhaitent que ces ateliers leur permettent de concevoir un travail qui prendrait en compte cette précarité ; un travail pertinent qui « ferait prévention ».

Les personnes en demande de réinsertion professionnelle semblent parfois « empêchées » dans ce chemin de réinsertion par des problématiques qui touchent à la santé ; santé physique, santé mentale, perte de confiance en soi, difficulté de lien, ... Lorsque les travailleurs sociaux perçoivent un souci de santé, ils se sentent parfois très démunis pour bien identifier les « facteurs » qui font obstacle à la réinsertion. La question de « qui fait quoi » se pose.

En effet, certaines personnes en situation de grande précarité ont beaucoup de mal à franchir la porte du médecin et encore plus celle d'un professionnel de santé mentale. La santé freine leur parcours de réinsertion, notamment parce qu'ils consultent très tard et qu'ils sont alors confrontés à des pathologies plus lourdes. Comment anticiper ce mouvement où perte de santé et désinsertion finissent par se mêler et s'amplifier ? Jusqu'où doit aller le rôle du travailleur social pour garantir un passage réussi vers un soignant ?

La promotion de la santé semble constituer un cadre d'intervention lui-même plus précaire que celui de l'éducation permanente. Comment augmenter la cohérence des projets envisagés ? Comment concevoir des projets plus globaux pour répondre à ces problématiques complexes de lien entre précarité et santé ? Comment agir fondamentalement sur les facteurs à l'origine du problème plutôt que sur les symptômes de celui-ci ?

Qu'est-ce qui justifie fondamentalement mon droit d'intervention auprès des personnes précarisées qui se confrontent à un problème de santé ? S'agit-il d'un devoir envers ces personnes ? S'agit-il d'une forme de contrôle social (paix de la cité, réduction du budget de la sécurité sociale) ? S'agit-il d'un élan de protection des plus faibles vis-à-vis d'une société libérale qui malmène les exclus du système ? Est-ce que je suis à l'écoute de leur demande éventuelle ? Est-ce que je guide ou est-ce que je prend les devants ? Si je prend les devants, qu'est-ce qui m'anime ? Si ce qui m'anime est fondé, comment aller à la rencontre de l'autre ?

Que faire des chiffres et des données récoltées ? Comment faire pour qu'ils n'effacent pas les réalités humaines qu'ils recouvrent ? Face aux chiffres, il existe toujours une tentation d'imaginer des réponses « radicales ».

Hélas, ces réponses prennent rarement en compte les hommes, les femmes ou les enfants que cachent ces chiffres et qui ne pourront bénéficier pleinement du « *bien qu'on leur veut* » que si un chemin est réalisé pour aller à leur rencontre et envisager, avec eux, des pistes de réponses à leurs souffrances ou difficultés.

La question du *bien que l'on veut à l'autre* se pose afin de ne tomber ni dans l'impuissance, ni dans l'indifférence, ni dans un mode d'intervention autoritaire qui pourrait accentuer la disqualification et la désinsertion des personnes.

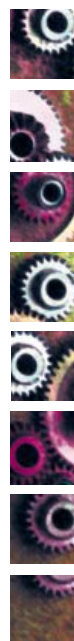
Face à des publics très précarisés, comment trouver sa route de professionnel entre assistanat et émancipation des personnes. Tant le mouvement des planning familial que des maisons médicales ou des centres de santé mentale visaient un élargissement de l'espace social (plus de tolérance, moins d'exclusion sociale), une certaine émancipation des personnes (s'approprier sa vie, sa santé, sa sexualité, apprendre à mieux se connaître, être davantage acteur de sa vie que victime des événements, ...) et un accès de tous aux besoins fondamentaux (logement, revenu garanti, soins de santé, ...). Ces notions ont aujourd'hui perdu leur sens initial. On parle d'un assistanat qui empêcherait les personnes de prendre leur vie en main (état providence). A contrario, certains dénoncent la récupération du concept d'émancipation qui s'est progressivement mué en « mise en autonomie » qui ne permet évidemment aucune émancipation.

Les participants souhaitent que ces ateliers constituent un espace où ils pourront prendre du recul par rapport à une pratique quotidienne qui les confronte souvent à l'urgence. Ils désirent également que ces ateliers leur permettent d'échanger des points de vue à partir de pratiques professionnelles différentes et d'envisager des manières d'agir plus globales et plus concertées afin « de s'attaquer aux causes des problèmes et pas seulement à leur expression ».

Lors des ateliers suivants, le groupe tentera de mieux cerner la notion de précarisation qui était à l'origine de la mise en place de ces ateliers et de mieux identifier les signes de son retentissement sur la santé.

### Précarité, pauvreté : que recouvrent ces termes ?

Tout au long du travail, les participants ont été très réticents à utiliser le terme de précarité. Pour certains, celui-ci permettait cependant mieux, que le terme de pauvreté, de montrer qu'il s'agit d'un état auquel chacun de nous (ou presque) peut se trouver confronté : perte d'emploi, divorce, maladie d'un parent, handicap d'un enfant suffisent à faire basculer n'importe quelle famille dans la pauvreté. Le terme précarité traduit donc cet ensemble de signes qui montrent que dans une société ultra libérale et individualiste, il suffit de peu de choses pour « basculer » de l'autre côté. Il se peut aussi qu'à Liège en particulier, les acteurs sociaux aient assisté de très près à ce mouvement de bascule vers la précarité au moment du déclin du bassin sidérurgique qui a entraîné la paupérisation d'un nombre très important de familles.



Le terme « pauvreté » a l'avantage d'appeler les choses par leur nom, au risque peut-être de créer davantage une identité dont on ne sort pas, une sorte de destin transmissible de génération en génération, une fatalité qui dérange et dont on détourne les yeux par impuissance ou par crainte de « contagion », ...

*« Que signifie le terme pauvreté ? Qui répond à la définition de « pauvre » ? Pourquoi rejeter le terme pour lui préférer « précarité » ? Est-ce par hypocrisie ou parce que le terme lui-même est doté de la même caractéristique que ce qu'il désigne ; trop « pauvre » pour mettre en évidence toutes les nuances de la réalité qu'elle recouvre ? Par ailleurs, le rejet du terme ne traduit-il pas une manière de nier ce qu'il désigne ? Et le déni n'est-il pas le meilleur moyen d'éviter de nous préoccuper du sort des pauvres en épargnant toute culpabilité au reste de la population (qui est censée continuer à répondre aux besoins de la société de consommation). Une société riche comme la nôtre refuse de voir des gens pauvres. Si la pauvreté ne peut disparaître elle doit rester cachée pour ne pas dérange et pour ne pas perturber le cours du temps. Soit on la nie, soit on l'ignore, soit on la cache, mais en aucun cas on ne l'enraye. Au contraire, actuellement, le double mouvement de diminution de l'emploi et d'augmentation de la consommation renforce et accentue la pauvreté. »*

### Face à la pauvreté, quel est le rôle du travailleur social ou de l'acteur en promotion de la santé ?

N'ayant aucune prise sur la pauvreté elle-même le travailleur social se pose la question de son rôle. Faute de pouvoir enrayer la pauvreté, le travailleur social n'est-il pas contraint de « produire », au mieux des « pauvres heureux », au pire des pauvres qui ne dérangent pas, des pauvres résignés ou même culpabilisés ?

Que faire lorsque l'on est face à des personnes sans cesse confrontées à du *court terme* alors que la prévention de la santé nécessite une perspective d'avenir à long terme ? En effet, comment la notion de «prendre soin de soi », pour dans 20 ou 30 ans, peut-elle prendre sens pour des personnes qui doivent assurer leur survie au jour le jour ? Comment des personnes réduites à se demander s'il y aura à manger demain peuvent-elles s'approprier la notion d'alimentation équilibrée ? Est-ce pertinent ? N'y a-t-il pas un risque de stigmatisation supplémentaire de ces personnes lorsque les exigences sociales sont démesurées et ne s'appliquent pas à leur réalité quotidienne ?

Comment respecter la manière dont l'autre s'est accommodé de sa précarité en n'ajoutant pas de jugement de valeur supplémentaire ? La notion d'équilibre est en soi subjective. En effet, comment s'organiser, dans une société de consommation, qui sur-valorise certains biens de consommation ? Dans un tel contexte, certaines personnes éprouvent le besoin de privilégier des achats qui leur procurent une certaine reconnaissance sociale (TV, GSM) au risque d'un surendettement et au détriment d'autres besoins ? La notion de plaisir immédiat (aller manger un hamburger) prend également un autre sens lorsqu'il y a peu ou pas d'opportunités de plaisirs différés (pas de vacances, de sports d'hiver, de week-ends ou de loisirs en perspective). N'en ferions-nous pas autant ?

## La santé : un état complexe et précaire largement déterminé par le contexte socio-économique

De nombreux facteurs déterminent la santé : biologiques et génétiques, culturels, socio-économiques, environnementaux, psychoaffectifs. Equilibre entre santé sociale objective et santé individuelle subjective, la santé est un état forcément précaire que de nombreux événements peuvent venir mettre à mal. Au cours des ateliers, les participants ont, de nombreuses fois, établi des liens entre la situation économique dans laquelle vivaient les personnes et leur état de santé. C'est tout naturellement qu'ils se sont ralliés à la thèse de G.Domenighetti :

*« Plus que les comportements et la culture c'est le bien-être socio-économique qui détermine la santé d'une population ou d'un groupe social. Dans une même société, les personnes qui ont un statut social plus bas (niveau de formation, statut professionnel, niveau de revenu) sont souvent en moins bonne santé et ont une espérance de vie moindre que celles qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale. La santé d'une population dépend plus de facteurs socio-économiques que de l'offre de biens et de services sanitaires.*

*« Ne pas prendre en considération les déterminants socio-économiques et environnementaux dans la réalisation de programmes d'éducation sanitaire peut avoir pour conséquence de proposer des interventions totalement inefficaces et de culpabiliser les individus en les tenant seuls responsables d'événements qui échappent à leur contrôle »<sup>1</sup>.*

## L'intervenant : entre réalité des usagers et exigences des Politiques

Que dire de cette santé soumise à tant de facteurs qu'elle nous échappe toujours un peu ? Que penser de cette notion de « devoir de préservation de son capital santé » qui progresse et qui laisse peu de place précisément à ce qui, de la santé, échappe à la maîtrise sociale ou individuelle ? **Et comment prendre en compte la rupture culturelle qui peut exister entre usagers et intervenants ? Ecart entre les premiers qui vivent dans l'immédiateté et les autres qui développent de plus en plus une vue globale à long terme ?**

Une action menée au niveau de l'accès à l'emploi, des conditions de travail, de la qualité du logement se répercute sur le bien-être sanitaire et sur l'état de santé d'une population. A l'inverse la précarité d'emploi et de revenu, le sentiment d'insécurité et parfois l'isolement qui en découlent ont des conséquences directes sur la santé des individus. Les participants témoignent de leur confrontation à des mandats trop restrictifs qui les empêchent de pouvoir être à l'écoute des problèmes réels rencontrés sur le terrain et d'avoir une approche globale de la personne. Une véritable politique de promotion de la santé nécessiterait, pour eux, une collaboration plus étroite entre les différents secteurs d'activités et les différents ministères.

<sup>1</sup> DOMENIGHETTI G, (2002) Pour une politique de santé publique centrée sur les déterminants socio-économiques et l'information des consommateurs in R. Knüsel (Eds), Le social, passionnement (pp.125-142), Lausanne: Réalités sociales

« *Le pauvre a-t-il droit à l'écoute, à la confiance et à l'expression de sa douleur ? Le travail social nécessite une fine approche des besoins réels qui apparaissent pour ne pas se borner à la première demande ou aux nécessités de la santé publique, ce qui ferait du travailleur social un agent de contrôle maintenant le seuil de tolérance dans les limites du « raisonnable ». Entendre toutes les demandes ne signifie pas y répondre mais aider à trouver une issue.*»

Limité non seulement par les politiques de son secteur mais également par les lois et les prises de décisions gouvernementales réglant d'autres secteurs tels que l'emploi, l'aide sociale, l'asile, l'acteur de terrain qui souhaite contribuer à promouvoir la santé de son public, se sent malmené. Son rôle se limite parfois à réduire cet écart entre les politiques menées et les besoins rencontrés. Transgressant parfois les règles qui lui sont données, dépassant les limites qui lui sont imposées sous peine de nier la demande criante et la misère réelle qui s'imposent à lui, comment le travailleur social se débrouille-t-il pour que son action conserve son sens ? « La compassion, assortie d'un effort de la puissance publique, est la moins confortable et la moins commode des règles de comportement et d'action à notre époque » ( John Kenneth Galbraith « L'art d'ignorer les pauvres » dans le Monde Diplomatique).

Le travail de diagnostic communautaire, entrepris à Chaudfontaine (cf. présentation plus loin) montre combien il est essentiel d'aller à la rencontre des personnes afin de bien comprendre et prendre en compte leurs attentes. La seconde situation (aide ponctuelle apportée à une famille dont le logement a brûlé avec une visibilité maximale de l'action dans les médias) montre l'hypocrisie de l'aide ponctuelle d'urgence, alors que rien n'est mis en place pour enrayer la pauvreté. Il peut y avoir un décalage entre les décisions qui se prennent « d'en haut » et des initiatives de quartiers qui constituent souvent des pistes très adéquates et humaines.

**Mais se pose alors la responsabilité du terrain de faire remonter cette parole vers les responsables politiques.**

### Jusqu'où aller au nom de la santé de l'autre ? Avec quelle légitimité ?

Les participants s'interrogent, au travers d'exemples de leur pratique, sur leur rôle et leurs responsabilités. Désireux de respecter les usagers, peuvent-ils se permettre, au nom de ce principe, de ne pas intervenir lorsqu'ils perçoivent que ceux-ci mettent leur vie à mal ? Un mode d'intervention autoritaire aurait pour conséquence d'accentuer la disqualification et la désinsertion des personnes.

Par contre, se retrancher derrière le principe de choix et de liberté individuelle aurait pour effet de renvoyer le public à la responsabilité de sa situation et de déresponsabiliser le reste de la société. Inviter ces personnes à mieux se réapproprier leur vie et leur santé semble avoir davantage de sens (même si un tel processus peut déstabiliser l'équilibre que certains s'étaient construit tant bien que mal) mais il s'agit d'un processus long et parfois difficile à défendre face à des politiques pressés d'enregistrer des résultats aussi rapides que visibles.



Ce type d'approche mobilisatrice et citoyenne a pour objectif d'aider les personnes à oser reprendre confiance en elle, reprendre en main leur vie et leur destin, redevenir un citoyen, faire part de sa parole, ... Elle est bien évidemment porteuse de santé en elle-même mais à la stricte condition d'être un but en soi et non une stratégie pour sur-responsabiliser les personnes à titre individuel.

Enfin, les intervenants s'inquiètent à l'idée de privilégier leur subjectivité au détriment d'une certaine objectivation. Les personnes précarisées ont bien évidemment des besoins objectifs mais pourvoir à ces besoins n'est guère suffisant si cette démarche n'est pas accompagnée d'une certaine « humanité » (sympathie, attachement, empathie, engagement, ...) qui est, elle, éminemment subjective. C'est pourtant cette « humanité » qui préservera ces personnes de la disqualification sociale, de la honte, de la perte d'estime de soi, de dignité et de confiance en soi dont elles auront grand besoin pour rester en lien avec la société, avec leurs enfants, avec un employeur potentiel, avec les services sociaux qui auront une partie de leur destin en main, ...

### Diagnostic d'une société immorale et d'une politique de santé « moralisante »

Face à une certaine immoralité de notre société de consommation, serait-il justifié de mettre en place des modalités susceptibles de protéger les plus faibles d'entre nous ? Faut-il interdire le tabac qui tue, au nom des fragiles qui n'auraient pas la force de s'en protéger ? Faut-il retirer du marché les produits qui favorisent l'obésité ? Faut-il interdire le voile à l'école, au nom de jeunes filles qui se feraient manipuler ? Faut-il, au contraire, tout mettre en œuvre pour éduquer, développer l'esprit critique, renforcer la confiance en soi afin qu'un maximum de personnes puissent prendre leur vie en main et faire leurs propres choix ? Quelles sont les conséquences pour les personnes, lorsqu'elles subissent un interdit qu'elles n'ont guère eu le temps de s'approprier ?

Risque nul (à l'égard des risques de la vie) et tolérance zéro (pour ceux qui ne se conforment pas au modèle prescrit).

La tentation est grande de croire que parce qu'une possibilité existe, comme la contraception par exemple, les gens sont tous capables de se l'approprier une fois pour toute. Dès lors, certains ne comprennent pas qu'il y ait encore des demandes d'interruption de grossesse alors que chacun peut se procurer un moyen de contraception. Ils imaginent qu'il s'agit d'une attitude consumériste et irresponsable de la part de certaines femmes qui profitent d'un droit acquis.

Ils ne perçoivent pas que l'humain ne se résumera jamais à une « machine corporelle sous contrôle ». Les gens continueront toujours à exprimer l'ambivalence de leurs désirs humains en adoptant des comportements qui apparaîtront irrationnels aux yeux des autres. Il faudra donc toujours beaucoup d'indulgence et d'empathie pour entendre ce qui a conduit une personne à adopter un comportement que l'on jugera peut-être irrationnel. Il ne convient pas pour autant d'adopter une attitude cynique de résignation qui ferait que l'on deviendrait fataliste ou indifférent.

C'est parce qu'une situation nous émeut (et non parce qu'on la juge ou qu'on la traite sans état d'âme) qu'une personne garde sa dignité malgré le drame qu'elle traverse et qu'elle trouve parfois le moyen d'en faire autre chose pour elle qu'une fatalité. »

Ceci nous force à rester au plus près des personnes, à les accompagner dans leur cheminement qui n'est pas nécessairement le nôtre et qui peut nous heurter, nous décourager, nous épuiser et nous donner quelquefois l'envie que des lois résolvent le problème, une fois pour toute. Gare aux lois pourtant qui, loin de venir en aide à ces personnes, contribuent généralement à les montrer du doigt et à les marginaliser davantage.

### Quelques pistes en guise de conclusion

En conclusion, le groupe souhaite reprendre en son nom cette phrase de G. Domenighetti « *une politique sanitaire devrait avoir pour objectif prioritaire l'encouragement à réduire les inégalités sociales, à soutenir un taux d'emploi élevé avec des bonnes conditions de travail, à créer les conditions pour une meilleure stabilité et une plus grande cohérence sociale...* »<sup>2</sup>

Cette première conclusion rappelle implicitement que la santé des personnes dépend bien plus de leurs conditions de vie que de leur volonté de se conformer aux bons conseils des experts du moment. Ceci rappelle aussi que tout le travail social du monde, y compris de promotion de la santé, n'aura de sens que s'il a tout d'abord pour objectif d'aider les personnes à accéder à de meilleures conditions de vie. Cela suppose également que les acteurs qui souhaitent intervenir en promotion de la santé doivent prendre en compte la réalité de vie des personnes à qui s'adresse le projet, prendre en compte leurs attentes et leurs ressources, les considérer dans leur globalité et envisager des projets qui prennent en compte l'ensemble des facteurs (c'est ce qu'on appelle les déterminants de la santé) en jeu. Ce type d'approche particulièrement pertinente et respectueuse ne prendra, à son tour, tout son sens que si les pouvoirs publics soutiennent cette démarche et contribuent, à leur niveau, à la réduction des inégalités sociales et à l'amélioration des conditions de vie de ceux qui vivent dans le dénuement (emplois et formations, logements décents, accès en suffisance à une alimentation de qualité, accès à une éducation qui permet réellement l'égalité des chances).

2 DOMENIGHETTI G, (2002) Pour une politique de santé publique centrée sur les déterminants socio-économiques et l'information des consommateurs in R. Knüsel (Eds), Le social, passionnement (pp.125-142), Lausanne: Réalités sociales



### III. Récit des rencontres animées par J-M Delvaux et E. Malevé

Jeanne-Marie Delvaux

#### Le projet

Treize professionnels de la santé et du champ social, issus d'horizons très divers (CPAS, éducation dans la rue, accompagnement de personnes handicapées, d'usagers de drogues, de malades chroniques, mutualités, dentisterie sociale) se réunissent pour échanger leurs expériences au sujet de la promotion de la santé et des personnes en situation de précarité. Leur motivation part du constat d'une aggravation de la santé en lien avec la précarité, de l'échec de certaines stratégies employées et du besoin de prendre du recul par rapport à leurs pratiques. Librement, ils en ont débattu pendant 10 rencontres.

#### Tentative de définition

En premier lieu, le groupe s'accorde sur une définition de la santé et de la précarité :

- la santé est prise à son niveau global du corps et de l'esprit intégrés dans une société ;
- la précarité est le résultat d'un cumul de facteurs de risque qu'ils soient relationnels, psychiques, physiques, culturels, juridiques, sociaux, économiques. Il ne s'agit donc pas seulement des « pauvres » au sens économique du terme.

Sur la trajectoire de vie de ces personnes, le lien entre précarité et santé est évident, même s'il n'apparaît pas d'emblée. La rupture au niveau d'un des facteurs précités entraîne un basculement grave qui a des conséquences au niveau de leur santé,

*Par exemple changement de logement par manque de ressource.*

#### Réflexions, questions et pistes de travail à partir de cinq projets liégeois

Les difficultés exprimées sont autant de points de réflexion dont il s'agit de tirer enrichissement et pistes de changement.

Le groupe choisit d'examiner 5 réalisations en région liégeoise :

- un projet collectif sur la santé et le bien être avec des personnes handicapées adultes,
- un projet communautaire local qui vise à attaquer la précarité, se fixer des objectifs et reconstruire du lien social,
- un projet de prévention du sida qui fait des liens entre professionnels et usagers,
- un travail de rue qui vise à passer de l'urgence à l'insertion,
- le travail d'un CPAS et de la dentisterie sociale qui souhaitent allier promotion de la santé et pouvoir public.

En tant que professionnels, une référence de base en promotion de la santé est la Charte d'Ottawa :

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa le 21 novembre 1986 a rédigé une Charte qui donne la définition suivante : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

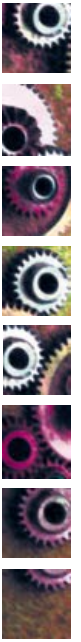
Celle-ci n'a pas été travaillée en tant que telle durant les rencontres du groupe. Cependant, à travers une relecture à posteriori de leurs propos, on peut se poser la question des liens possibles avec celle-ci. Des différents niveaux de concrétisation de cette conception de la promotion de la santé, qu'en disent-ils ?

## **L'action communautaire**

« La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière».

L'optique commune de travail des membres du groupe est l'action communautaire entendue comme une augmentation du pouvoir d'agir des personnes en situation de précarité que ce soit par les groupes de personnes handicapées ou atteintes du sida par exemple. Certains d'entre eux orientent leur travail de manière à stimuler la communauté dans laquelle ils vivent à progresser vers une participation, gestion qui concerne la santé.

Au-delà des aptitudes personnelles et sociales, les participants abordent leurs rôles et implications dans la médiation, la promotion de milieux favorables et l'orientation des services. Ils sont en majorité acteurs dans un travail collectif parfois communautaire dans le domaine de la santé.



*Le projet boule de neige, par exemple, (travail avec les personnes vivant dans la rue) en est une illustration. En effet, les campagnes habituelles de prévention du sida atteignent difficilement les personnes toxicomanes. Le projet boule de neige vise à combler cette carence. Ce sont des usagers de drogues qui suivent une formation sur le thème de la prévention du sida et des autres IST et qui sont chargés de transmettre leurs connaissances et conseils pratiques à leurs pairs. La prévention passe mieux de cette manière, l'information est mieux comprise. Le job est payé et valorisé. Il y a aussi des règles : les mêmes personnes ne peuvent participer à l'opération plus de 3 fois de suite.*

## **Développer les aptitudes personnelles**

« La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et faire des choix favorables à celle-ci. »

Les ressources et aptitudes personnelles que les personnes en situation de précarité peuvent mobiliser relèvent à la fois de la collectivité, du réseau proche et des ressources individuelles. Cette analyse est la même pour les personnes précarisées que pour l'ensemble de la population. La différence réside dans le fait que plus les personnes sont précarisées, moins elles semblent être en mesure d'exploiter leurs ressources. Ceci entraîne à réaffirmer qu'il n'y a pas d'une part les personnes précarisées et d'autre part les personnes qui ne le sont pas mais des gradations au sein desquelles il s'agit de situer chacun avec son potentiel.

L'envie d'apprendre, d'avoir des informations, un certain degré d'autonomie sont autant de ressources individuelles. Une recherche d'identité se manifeste dans la manière dont on est nommé

*Par exemple être nommé sous le terme de déficient intellectuel plutôt que handicapé mental.*

L'objectif mis par le professionnel est d'entraîner la personne à se resituer dans une lignée, dans une histoire, ce qui est fondateur d'identité et lui permet d'exister et d'envisager l'avenir.

*Aider à trouver des racines et des ailes dans un travail de rue auprès de personnes ayant des difficultés de structuration.*

Les freins des personnes précarisées peuvent se situer d'abord sur le plan personnel, trois idées sont principalement soulignées.

*D'une part, l'image que la personne précarisée a d'elle-même est fluctuante et conditionne ses comportements de santé. Chacun a sa propre carte du monde et de soi. D'autre part, un moment de fragilité (séparation amoureuse, perte d'un emploi, ...) précède souvent la prise de risque. Enfin, être porteur d'une maladie incurable, par exemple, entraîne peur et exclusion, ce qui renforce la précarité.*

La tendance de certaines personnes précarisées à se replier sur elle-même est souvent soulignée.

Les professionnels relèvent principalement 3 types de liens que les personnes précarisées entretiennent avec leur santé et dont il faut tenir compte pour approcher les aptitudes. Ceux-ci ne les différencient pas des autres personnes comme cela a été dit plus haut. Il s'agit à la fois des liens individuels, liés à la personne car le vécu, la situation personnelle de chacun, modifie le regard porté sur la santé. Viennent s'ajouter des différences importantes entre cultures. Enfin le lien entre la santé et les problèmes sociaux est évident telles que les difficultés d'emploi et de logement.

Pour développer les aptitudes individuelles et sociales, les interventions doivent s'inscrire dans une approche globale des problèmes des personnes. Cette approche nécessite un travail en réseau des différents intervenants. Il s'agit également de dépasser la demande d'intervention d'urgence pour l'inscrire, si nécessaire, dans une prise en charge à plus long terme prenant en compte les ressources et les besoins des intéressés.

Parfois on peut constater que pour améliorer leurs conditions de vie et de pauvreté ou pour être reconnues, certaines personnes se reconstruisent une autre identité directement liée à leur difficulté ou à leur maladie. Le mouvement vers le changement est alors encore plus difficile.

*Progresser dans l'évolution du handicap risque de faire perdre des droits acquis comme des allocations familiales majorées pour un enfant. Le parent risque d'être coincé dans un paradoxe contraire aux progrès désirés pour l'enfant.*

## Servir de médiateur

« .. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé .»

Les points d'appui des personnes sont nombreux et recèlent des richesses. Il s'agit pour les professionnels de rechercher sur quels aspects s'appuyer : relations, logement, finances, difficultés, intérêts personnels.

*C'est sur ces bases très concrètes que le travail de rue entame une reconstruction avec les personnes concernées, si possible un niveau à la fois.*

Les obstacles sont aussi nombreux pour les personnes en situation de précarité et les éloignent d'une situation favorable à la médiation.

*Le langage complexe utilisé par certains intervenants de santé. Ces derniers ne prennent pas toujours la peine d'adapter leur langage à leur interlocuteur, alors que bien souvent, celui-ci est tout à fait apte à comprendre. La pratique du mandarinisme est souvent constatée (utiliser intentionnellement un langage complexe que l'autre ne comprend pas). C'est une protection facile pour le professionnel*

Dans l'objectif de se positionner en médiateur, les obstacles individuels existent aussi au niveau du professionnel. Il doit nécessairement se référer à une image de sa fonction, ce qui l'amène à se représenter la santé d'une certaine manière. Cette représentation n'équivaut pas forcément à celle des autres professionnels de la santé ni à celle des usagers. Ces différences peuvent faire apparaître des obstacles dans les différentes rencontres voire même de l'intolérance. Les comportements d'évitement ou d'exclusion sont probablement liés aux représentations négatives que ces professionnels peuvent avoir de leurs patients/ usagers précarisés et à la peur de l'inconnu. Cela va jusqu'aux réactions de rejet.

*Les personnes handicapées sont plutôt transparentes, les toxicomanes, des bêtes curieuses.*

Les réflexions menées au sein du groupe ont mis plusieurs fois en évidence qu'un des leviers pour promouvoir la santé est la nécessité de « faire des liens » entre le politique, les associations de terrain et le public cible, ceci afin de renforcer les actions menées. Lorsqu'on aborde des notions aussi complexes que celle de la précarité, il semble important de prendre du temps pour y réfléchir, de mettre en tension les différents points de vue<sup>1</sup>, et de s'accorder sur une définition commune (même provisoire). Sans ce dénominateur commun, l'expérience montre qu'il est difficile de se fixer des objectifs. Un frein peut être transformé en levier par exemple par cette recherche de dénominateur.

<sup>1</sup> Cette mise en tension est regardée comme les tensions mécaniques d'un pont qui permettent à celui-ci de résister aux pressions et contraintes dont il est l'objet, cette mise en tension permanente est donc indispensable. Regarder les pressions et contraintes par la mise en tension est une nécessité favorable au changement.

Cette collaboration doit dès lors s'organiser sur quatre axes : au niveau individuel, entre les services, avec les décideurs et les usagers. Au niveau individuel, les professionnels eux-mêmes ont des représentations de la santé et de la précarité différentes. Elles sont aussi différentes de celles des usagers. Les priorités divergentes peuvent empêcher d'atteindre l'objectif. Le sentiment d'exclusion de certains professionnels est présent allant jusqu'à un sentiment de harcèlement social.

*Plusieurs exemples mettent en évidence un lien entre les formations des professionnels, leur époque, leurs cultures professionnelles, leurs compétences territoriales et la manière dont ils réagissent. Ceci peut entraîner l'exclusion d'autres manières de voir ou de tentatives de changement.*

Le professionnel est sujet, exprime des limites, des difficultés dans sa relation avec l'utilisateur sans le rejeter. Ceci provoque parfois une prise de conscience bénéfique de ses propres limites mais qui à nouveau lui demande une force interne importante. Une lassitude peut se manifester dans la gestion de certaines situations et demande une réflexion quant aux raisons de celle-ci.

*Pour ne pas s'épuiser dans une relation d'aide qui tourne en rond, il est parfois important de passer la main à un autre service. L'utilisateur peut aussi se rendre compte : «Si je continue, finalement, personne ne voudra plus m'aider». Cela peut le faire progresser.*

Par contre, il existe des services ayant des systèmes de fonctionnement différents, des enjeux, des perceptions d'un problème et des solutions différentes. La cohérence des actions menées n'aura sa signification que s'il y a concertation entre les services. Ce processus est cependant entravé par les rapports de force, voire la concurrence qui peuvent exister entre professionnels, entre services, parfois du même secteur d'activité.

*Il arrive qu'une dizaine de services soient amenés à se mobiliser autour d'un même problème dont ils n'ont pas tous la même lecture. Suivant chaque logique d'intervention, les actions mises en place par les uns mettent parfois à mal les dispositifs élaborés par les autres.*

Entre les services, les tensions sont nombreuses et issues d'éléments individuels et collectifs c'est-à-dire qu'il leur faut continuellement mettre à jour, nommer leurs difficultés et celles des usagers. Ces dernières représentent davantage le déséquilibre que l'équilibre. Tous les professionnels ne sont pas prêts à faire cette démarche. Ces mises en tension peuvent se situer à des niveaux très divers.

Lorsque des logiques différentes s'affrontent entre des services, il est cependant important de maintenir le contact, la communication. La mise en tension est là aussi indispensable. Mettre à jour, nommer les difficultés, les contraintes, les incohérences est indispensable mais se révèle souvent difficile. Certaines personnes ne sont pas prêtes à faire cette démarche. Des blocages sont souvent évoqués. Il s'agit en effet de se mettre en déséquilibre pour retrouver d'autres équilibres ou fondements, c'est toujours inconfortable.





L'harmonisation du travail pour plus de cohérence passe dès lors par la coordination et le travail en réseau en intégrant les niveaux qui existent déjà en y ajoutant les décideurs et les usagers.

- Avec les décideurs : la stratégie de réseau est certes un moyen à mettre en place entre professionnels, elle serait d'autant plus efficace si elle impliquait les pouvoirs subsidiant.

- Avec les usagers : l'élaboration et la mise en œuvre de projet ne peuvent se faire sans la rencontre du public concerné et la valorisation de la place qu'il occupe dans le cheminement. Dans cette perspective, la création d'espaces de dialogue entre les travailleurs sociaux et usagers permet l'expression des difficultés et la mobilisation de chacun afin de trouver des solutions. Ceci implique de travailler à des milieux favorables.

## Créer des milieux favorables

« .. Nos sociétés sont complexes et inter reliées; et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. »

Des personnes précarisées trouvent un certain «équilibre» en mobilisant autour d'elles d'autres personnes, acteurs sociaux ou non. Les groupes d'entraide ou de self help en sont une concrétisation qui relève aussi de la création de milieux favorables.

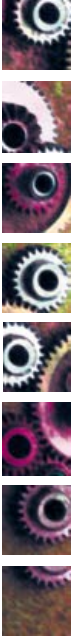
Le professionnel doit être intégré pour pouvoir travailler dans un milieu ou un quartier particulier. Il faut être « introduit ». Participer à l'action permet une intégration rapide et ainsi créer les conditions d'une implication des personnes. La stratégie de réseau est un moyen à mettre en place entre professionnels. Une tension peut aussi se situer au niveau de la rencontre des usagers.

*Par exemple, certaines personnes précarisées se replient sur elles-mêmes. Des communautés, difficilement saisissables, se forment. Difficile pour les intervenants de santé, souvent formés à des rencontres individuelles, d'être confrontés à un groupe entier ! Leur manière de se tenir en équilibre met le professionnel en déséquilibre, l'approche d'un groupe relève de moyens et techniques très différents de la relation individuelle et cela ne s'improvise pas.*

Pour sensibiliser, mobiliser, relayer les personnes précarisées vers des actions, des démarches, des revendications, il est indispensable d'agir avec les personnes.

Associer les personnes au travail vers leurs pairs est une stratégie porteuse de progrès. La création d'espace de dialogue entre travailleurs sociaux et usagers est ainsi facilitée.





*D'autres moyens sont mis en oeuvre tels qu'organiser des rencontres directement dans les institutions. L'invitation est lancée à partir des lieux d'accueil fréquentés par les usagers qui viennent exprimer leurs difficultés, leur mécontentement et tentent de trouver ensemble des solutions.*

*Recueillir, en rue, la parole des usagers est une initiative porteuse. La difficulté est de pouvoir assumer les suites, animer les débats, amener les intervenants à se mobiliser pour trouver des solutions. C'est un élément à prévoir dès le début de l'action.*

*Organiser une activité concrète, comme un goûter équilibré. Cette formule facilite la communication entre les participants ainsi que la récolte d'informations et serait l'occasion d'apprendre comment manger équilibré de manière ludique.*

## Réorienter les services

« La réorientation des services de santé exige également ... des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement. »

Sous l'angle des usagers, au sein des services, la désappropriation de l'information par l'évolution des technologies qui sont loin d'être neutres pour lui. Elle touche plus durement les personnes qui ont des difficultés. De plus, la rigidité, la lourdeur et le cloisonnement des réglementations entraînent des exclusions et renforcent la précarité

Lorsque des personnes précarisées s'investissent dans un projet, elles sont souvent confrontées aux arcanes administratives qui sont lourdes et qu'elles identifient comme des obstacles mis par les professionnels.

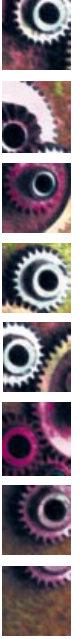
*Installer un terrain de foot sur un terrain communal dans un quartier demande 2 ans de démarches administratives, vivre cela avec des adolescents en difficulté demande un savoir faire certain.*

Le coût élevé des soins en est un autre obstacle important. Appartenir à une catégorie de précarisés telle que les personnes « sans papier » rend l'accès aux services encore plus complexe pour ne pas dire dangereux.

Sous l'angle des professionnels, les initiateurs d'un projet ne sont pas toujours ceux qui verront les résultats.

*Le Ministre change et il n'est pas sûr que la subvention de l'institution perdure. Le travailleur se retrouve face à l'utilisateur qu'il doit accompagner ou soigner avec son C4 à titre conservatoire en poche !*

Pour fuir la tension, une politique du parapluie peut être menée par certaines structures. Les professionnels doivent veiller à ne pas prendre les personnes en otage.



*Offrir la possibilité aux personnes handicapées d'être plus autonomes, c'est parfois un risque que ne veulent pas courir certaines institutions ou groupes familiaux. Mais c'est parfois une possibilité pour ces personnes de vivre mieux. Ce conflit d'intérêt n'est pas rare.*

Les difficultés du travail en réseau, par les coordinations par exemple, mettent parfois en péril le pouvoir. L'institution auquel le travailleur appartient peut juger que celui-ci ne la représente pas. Des difficultés de communication, de contact sont souvent rapportées.

*Par un changement de fonction sociale d'une structure, le travailleur social passe de la fonction d'agent d'aide individuelle à la fonction d'agent de contrôle. D'une part la mission de contrôle social est renforcée et d'autre part, des compétences en informatique sont demandées. Sous couvert de faciliter le travail de gestion des dossiers l'état propose aux agents d'encoder une série d'informations dans la banque carrefour. Les agents s'interrogent sur le traitement qui sera fait de ces données et qui va totalement leur échapper. L'état ne vaut-il pas profiter de ces informations pour renforcer le contrôle au nom de la sécurité sociale? Sommes-nous toujours dans un Etat de droit? Ces logiciels informatiques ont de plus en plus de pouvoir et le citoyen de moins en moins. Il arrive que le travailleur social passe la plupart de son temps à tenter de corriger une donnée incorrecte encodée dans le logiciel. Les données informatiques ont plus de poids que la parole du professionnel qui se voit déresponsabilisé. Dans de telles conditions, le travail de proximité est difficile voire impossible. L'aide sociale individuelle, les cours d'alphabétisation, le jardin communautaire par exemple, passent à la trappe. Plus de demandes, plus de dossiers, plus de missions légales, plus de contrôle social, moins de temps pour le relationnel. S'agit-il encore d'un travail social? Le citoyen peut bénéficier d'une aide légale, pour le reste il est soumis à l'arbitraire du professionnel qui se réduit de plus en plus et qui se base bien souvent sur des données virtuelles et non réelles. Pour entrer dans les cases informatiques, les personnes doivent saucissonner leur vie. Difficile dans ces conditions pour le travailleur social d'avoir une vue globale et fondatrice d'un projet de vie!*

A fortiori où situer la possibilité d'un projet collectif ou communautaire ?

Les problèmes structurels tels une surcharge de travail, le manque de disponibilité des agents, le manque d'effectifs, sont aussi soulignés.

Les obstacles à la réorientation relèvent aussi des domaines politiques et/ou institutionnels. En effet, avec les décideurs cette même mise en tension est souvent difficile. On assiste fréquemment à un rapport de force entre les professionnels et les pouvoirs subsidiaires.

Au niveau de la société dans son ensemble, la difficulté de réfléchir en termes de santé publique est réelle. Le découpage des compétences politiques (ex. le dépistage) qui se trouvent au carrefour des pouvoirs fédéral (l'acte), communautaire (préventif collectif) et régional (aspects sociaux) rend tout projet complexe. Le travail rédactionnel et administratif, notamment pour les demandes de subsides, prend de plus en plus d'ampleur au détriment du travail de terrain. Ceci entraîne les problèmes créés par les normes et leur contournement.

Le niveau politique manifeste du désintérêt tant à l'égard des usagers que des professionnels et des moyens qui leur sont octroyés.

*Vis-à-vis des usagers, ce désintérêt peut aller jusqu'au mépris : il arrive que pour les autorités sanitaires, il n'y ait pas de précarité mais des irresponsables.*

## Conférer les moyens

« La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. »

La précarité des professionnels est un obstacle fréquent. Le manque de moyens financiers est évidemment souligné ainsi que la nécessité de travailler dans l'urgence et la difficulté d'une approche davantage préventive. Le manque de temps, de moyens pour avoir une vision globale des situations et du travail, le manque de lieu de rencontre entre professionnels sont autant de carences relevées par les membres du groupe.

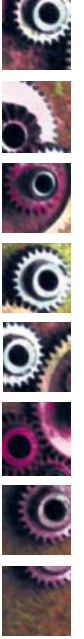
## Essai de conclusions

Quelques points forts de la chartre d'Ottawa sont pertinents lorsqu'on réfléchit à la problématique des personnes en situation de précarité. Les éléments mis en commun par le groupe peuvent paraître majoritairement négatifs. Ils sont le reflet de la réalité de ces professionnels. Ils donnent la mesure du chemin à parcourir vers des changements.

Par rapport à son travail au cours des 10 rencontres, les conclusions que le groupe a adoptées sont les suivantes :

- La précarité en lien avec la santé relève de situations très différentes que chaque professionnel estime à la mesure de ses propres ressources, valeurs et objectifs.
- La précarité (à différencier de la pauvreté) est une situation d'insécurité. On ne peut progresser sans un minimum de sentiment de sécurité, c'est donc le premier élément à aborder.
- Les personnes en situation de précarité ont des ressources personnelles parfois sous-estimées et sur lesquelles il est indispensable de s'appuyer. Leur utilisation est parfois problématique. Elles sont confrontées aux inégalités sociales évidentes et croissantes. Elles sont en situation de morcellement dans leur image d'elle-même, leur vécu, leurs comportements. Certaines solidarités avec leurs pairs peuvent se manifester et les aider.





- Les personnes sont souvent basculées vers des services eux-mêmes morcelés dans leurs objectifs, moyens et méthodes, eux-mêmes régis par des politiques morcelées entre les multiples niveaux de pouvoirs et les options politiques différentes.
- La nature de l'action du professionnel liée à sa structure est souvent réductrice. Une nécessité de prise de recul s'impose, une mise en perspective en regard des démarches parallèles personnelles ou émanant d'autres professionnels.
- Pour rencontrer la précarité, il est important de tendre vers une démarche participative, concertée avec les personnes.
- Un travailleur seul ne peut prendre en charge qu'un aspect d'un problème mais pas l'ensemble de la précarité.

Au-delà des constats, les expériences positives que les membres du groupe relatent mettent plusieurs éléments en évidence :

- Proposer un cadre, des liens comme base de toute réflexion commune.
- Multiplier les espaces plus égalitaires entre usagers et professionnels.
- Baser l'action sur la recherche de rencontre et de participation des personnes concernées en tant que partenaires.
- Considérer, prendre en compte, entrer en empathie (à distinguer de la sympathie).
- Travailler en réseau ce qui implique de se mettre en déséquilibre.

Le groupe est bien conscient que ses points de vue sont, d'une part, difficiles à opérationnaliser et d'autre part rarement partagés et travaillés avec d'autres professionnels. Ils risquent ainsi de rester dans l'ombre.

Les différentes idées clés travaillées, telles que développer les aptitudes individuelles par et pour une action communautaire dans une dynamique de médiation, sont toujours à reconstruire dans la pratique de chacun des membres du groupe. Chacun(e) se considère en recherche dans ce sens. Cependant, les points forts sont affirmés ici comme autant d'éléments fondateurs de leurs pratiques.

L'objectif est de progresser dans le sens de la dignité des personnes précarisées.

C'est ainsi qu'à partir de la réflexion menée en commun, certains l'ont utilisée ou l'utiliseront pour réfléchir au sein des équipes où ils sont acteurs. D'autres ont apprécié la prise de recul par rapport au quotidien que le groupe « Temps de réflexion » a permis. D'autres encore ont modifié ou cherchent à modifier des stratégies au sein de leurs structures pour mettre davantage en évidence l'apport d'une approche globale de la personne et valoriser cette démarche. D'autres restent en recherche par rapport au lien possible entre les démarches préventives et les personnes en situation de grande précarité. D'autres enfin ont apprécié le renforcement des valeurs que les échanges ont apporté.

La richesse du groupe a résidé dans sa diversité d'expérience, son ouverture à chacun(e), le temps qu'il a permis de dégager pour prendre du recul, en cela il porte bien son titre « Temps de réflexion ».

Le groupe reste en questionnement par rapport au retour de la réflexion menée vers le public directement concerné.

Bien d'autres éléments très riches ont émaillé les échanges entre les professionnels de ce groupe, la synthèse de leurs questions et travaux, émaillés de nombreux exemples, peut être obtenue au CLPS sur simple demande.



## IV. Expériences de promotion de la santé menées auprès de populations précarisées

### 1. « La Santé en Namont, le Mieux-être en Aval »

#### Promotion de la santé mentale et actions communautaires : un projet du C.P.A.S. de Chaudfontaine et du Conseil de l'Action Sociale

Geoffroy Mélen , C.P.A.S. de Chaudfontaine

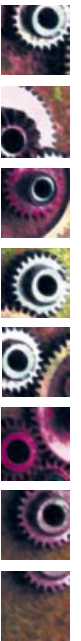
Le projet est né en 2003 du constat de l'équipe sociale, selon lequel les usagers du C.P.A.S. avaient du mal à exprimer leurs situations de mal-être. Les travailleurs sociaux se trouvaient assez désarmés face à ce non-dit et ne disposaient pas des clefs d'analyse adéquates ni des compétences propres à aborder de manière optimale les difficultés psychologiques des usagers.

Une idée d'initiative a alors germé, alimentée par la nouvelle conception de l'« action sociale » (en opposition avec l'ancienne notion d'« aide sociale ») qui favorise la participation et la responsabilisation de la population. Il était indispensable d'apprendre à mieux connaître les mécanismes qui sous-tendent l'émergence du mal-être, ses symptômes et ses conséquences et le public potentiellement concerné afin de permettre aux personnes d'influer positivement sur leur santé mentale : « *La souffrance psychique peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver l'inclusion sociale d'un individu. Pour être perçue cela nécessite d'être attentif aux situations de risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une attention particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle* »<sup>1</sup>

Les objectifs étaient multiples.

Le premier visait à développer la connaissance du public qui ne fréquentait pas ou peu le C.P.A.S. De fait, il faut reconnaître que la honte de certaines personnes les empêche parfois de franchir la porte de l'institution et de demander une aide. Cela ne risque que de renforcer la marginalisation de situations déjà difficiles à vivre, excluant un public fragilisé des processus de rééquilibrage au sein d'une société à deux vitesses : on est en droit de penser que des conditions de vie instables associées à une estime de soi négative mèneraient assez certainement au repli sur soi et à l'aggravation de la situation personnelle, réduisant par-là même les possibilités d'insertion sociale.

Le second concerne le développement des savoir-faire et du savoir-être des travailleurs sociaux. Comme expliqué en introduction, les travailleurs sociaux se trouvent parfois dépourvus de réponse face à des situations de crise ou des





problèmes psychologiques dont ils n'ont pas une connaissance approfondie, sinon empirique. L'aptitude à détecter la souffrance psychique et à l'identifier, tout du moins de façon générique, permet de mieux réagir, orienter et soutenir la personne. La connaissance des différentes « maladies mentales », quant à elle, ouvre un autre angle d'approche des situations problématiques ayant un substrat psychopathologique : elle peut changer du tout au tout la compréhension des actions et des réactions des usagers et l'analyse de la situation elle-même.

Le troisième objectif se décline sur le mode du travail en réseau. Les alentours de Chaudfontaine regorgent de partenaires psycho-médico-sanitaires potentiels. Pas moins d'une centaine de services et associations sont actifs dans ce domaine. Or, la synergie et la concertation entre une institution relativement généraliste comme le C.P.A.S. et des services plus pointus permettrait d'élargir l'éventail des prestations offertes au public, et les portes d'entrée y conduisant. Actuellement, certains ponts existent entre les services extérieurs et le C.P.A.S., mais uniquement pour des actions ponctuelles, en dehors de toute politique sociale formelle. Ce dernier pan du projet ambitionne donc la création de partenariats institutionnalisés, voire de conventions de travail, sans toutefois s'inscrire dans une structure figée et trop rigide, hermétique aux adaptations nécessaires pour un travail proche du citoyen. Notons encore que ce travail en réseau peut se traduire par l'interpellation des autorités communales et des décideurs, sans lesquels des changements structurels restent ardu.

Enfin, le quatrième objectif tient à la restauration du lien social. Par l'intermédiaire d'activités à dimension communautaire, le but était de favoriser les contacts entre voisins, entre citoyens. Certaines familles sont fortement stigmatisées par le reste de leur voisinage, à cause de conduites jugées déviantes. Dès lors, ces familles sont exclues de la vie communautaire, ne peuvent plus prendre part aux processus décisionnels et perdent toute identité conventionnelle au sein du quartier. L'autre postulat justifiant cet objectif était l'isolement des personnes âgées. Ces dernières sont souvent en rupture avec la vie sociale à cause de problèmes de mobilité ou de santé. Elles n'ont plus les moyens, entre autres, de faire leurs emplettes quotidiennes, acte ô combien social et porteur de sens pour elles ! « *L'amélioration de l'environnement social (...) aide les gens à se sentir valorisés et aidés dans de plus nombreux domaines de leur vie. Leur santé, particulièrement leur santé mentale, s'en trouve améliorée* »<sup>1</sup>. Les activités peuvent prendre diverses formes, notamment en lien avec l'environnement immédiat des habitants.

Les bénéfices escomptés au niveau de la santé mentale seront indirects et passeront, entre autres, par l'amélioration du milieu de vie et du ressenti des habitants par rapport à celui-ci d'une part, et à l'expertise des travailleurs sociaux en matière diagnostic et attitudes face aux personnes en souffrance psychologique d'autre part. Le développement de la qualité de vie permettra de soustraire un facteur à l'impact négatif sur le sentiment de bien-être et de bien-vivre. Quant au degré d'expertise des travailleurs sociaux, il favorisera des réactions adaptées qui devront être intégrées dans la globalité d'une situation.

<sup>1</sup> WILKINSON et MARMOT, Les faits : Les déterminants sociaux de la santé, Organisation Mondiale de la Santé.



C'est un quartier de Vaux-sous-Chèvremont qui a été choisi pour le développement de ce projet. Pourquoi ce quartier plutôt qu'un autre ? Parce que ce quartier n'a jamais réellement été investi par des services sociaux, contrairement à la cité de logements sociaux, malgré les difficultés socioéconomiques rencontrées par certains habitants. En outre, il s'avère que ce quartier est composé d'habitations vieillottes et habité par une forte proportion de personnes suivies par le C.P.A.S. (près d'un quart des foyers). Plusieurs de ces personnes se sont présentées au C.P.A.S. avec des problèmes de mal-être, d'assuétudes, de dépression, ... L'avantage principal de ce choix est la taille de la population du quartier : 323 habitants. La relative petitesse de ce groupe permet d'entretenir des échanges plus soutenus et plus personnalisés que dans une entité de taille plus grande, comme on en rencontre dans d'autres projets.

Grâce à la volonté du Conseil de l'Action Sociale et au soutien financier de la Communauté française, le projet a pu débuter en mai 2004. La première phase du projet a consisté à recueillir les avis et préoccupations des habitants du quartier concernant plusieurs thèmes en rapport avec le bien-être (*logement, famille, quartier, situation professionnelle, relations sociales et de voisinage, situation professionnelle, état de santé et de santé mentale, rapports avec les professionnels de la santé, de la santé mentale et de l'aide sociale, milieu de vie, divertissements*). Ces différents thèmes ont été considérés d'emblée comme déterminants de la santé mentale, en tant que liés au quotidien des habitants. Ils ont été choisis pour le fait qu'il est possible d'opérer un changement à leurs niveaux, avec la collaboration d'acteurs de terrain et des autorités compétentes.

La démarche allait à l'inverse du rapport habituel entre un C.P.A.S. et un citoyen, à savoir que dans ce cas, l'institution est allée à la rencontre de la population, avec une demande. Les habitants ont été sollicités pour un entretien anonyme à leur domicile. Semi-dirigé, il se déroulait selon un canevas d'entretien intégrant tous les thèmes à aborder.

Consécutivement à ces entretiens, et après analyse des données recueillies, une réunion de synthèse a été organisée avec les habitants. C'était l'occasion pour eux de choisir leurs priorités d'action parmi les thèmes récurrents de l'enquête ou d'autres sujets qui leur tiennent à cœur. Leur choix s'est porté sur plusieurs éléments relatifs au milieu de vie (aménagement de la voirie, embellissement de l'environnement, égouttage, ...). Visiblement, les habitants ont estimé que ces thématiques étaient les plus susceptibles d'être rapidement traitées par l'autorité communale. À cet effet, ils ont invité les Échevins concernés à une réunion afin de débattre de cela, avec un certain succès, puisque des promesses concrètes ont été faites, échéances à l'appui. Des promesses concrètes ont été faites, allant dans le sens des aspirations des habitants. Il est permis d'espérer que ces changements apportés au quartier crédibiliseront l'action de ce projet et renforceront l'adhésion des habitants aux finalités poursuivies.

Malgré ces débuts fructueux, la dynamique animant le groupe est difficile à maintenir. Il est primordial de donner les commandes aux habitants, tout en ne les abandonnant pas à leur sort. Les travailleurs sociaux se tiendront toujours à la disposition des habitants pour leur apporter un soutien logistique (mise à disposition d'une salle de réunion, photocopies, ...) et un relais vers les autorités concernées.

Cependant, cette autonomisation ne se fait pas si rapidement et si facilement. Le temps d'appropriation par les habitants est assez long. Certains ont tendance à attendre des travailleurs sociaux qu'ils prennent en charge tout le projet et se placent dans une position passive et purement réceptive. L'appropriation peut s'accélérer en favorisant la prise de responsabilités par les participants, en mettant en valeur les aptitudes et capacités personnelles utiles au projet. L'objectif final est la structuration du groupe de manière plus formelle, reconnue autant par les acteurs extérieurs que par les pairs. Par le biais de ce travail concerté, on peut raisonnablement estimer que les personnes impliquées (re)prendront confiance en elles et en leur pouvoir de changement sur leur vie.

La difficulté principale de ce travail d'inclusion sociale est de favoriser la participation de familles stigmatisées. L'autorité que leurs pairs leur concèdent est bien moindre du fait de ce que ces derniers les considèrent comme étant des « handicaps sociaux » : la tendance sera plutôt à essayer de changer les comportements de ces familles plutôt que de les intégrer dans un processus de décision consensuel. Cela constitue un frein de taille à l'épanouissement personnel de ces familles qui, rejetées, ne participent plus à la vie sociale de leur quartier.

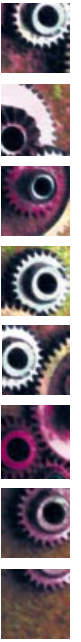
L'autre volet important du projet, le travail en réseau, vise à regrouper des acteurs extérieurs pour réfléchir et agir sur les problématiques de santé mentale. Les acteurs extérieurs peuvent être communaux ou extra-communaux. Ces derniers se retrouvent plutôt dans le réseau psycho-médico-social qui est en phase de constitution. C'est-à-dire que, par des contacts téléphoniques, le C.P.A.S. présente le projet aux potentiels partenaires, afin de susciter l'intérêt et d'initier un travail à la fois de réflexion et d'action. Il est indéniable que des professionnels spécialisés dans la prise en charge des problèmes psychosociaux peuvent apporter beaucoup aux travailleurs sociaux du C.P.A.S. en termes de savoir-faire et d'attitudes. Ensuite, il serait intéressant de dégager des entrées privilégiées pour les usagers du C.P.A.S. dans ces services extérieurs, tenant compte du fait que leurs carnets de rendez-vous ne permettent pas une prise en charge rapide de situations parfois critiques.

Ce travail prépare les interventions de seconde ligne, sachant que les travailleurs sociaux du C.P.A.S. ont à gérer dans l'immédiat, voire dans l'urgence, les situations problématiques. C'est dans cette perspective que la formation prend tout son sens. Après une consultation en interne, les travailleurs sociaux ont pu préciser les domaines dans lesquels ils disposent de connaissances moindres ou sur lesquels se porte leur intérêt. L'appel à des opérateurs de formation extérieurs a permis de répondre à des demandes pointues et des attentes multiples, tout en augmentant le degré d'expertise de chacun, au plus grand bénéfice de la prise en charge efficace des dossiers.

Toute cette démarche est intéressante à un niveau microsociologique, mais possède un potentiel exploitable à un niveau plus large, par exemple, à l'échelle d'une commune. C'est pourquoi le C.P.A.S. souhaiterait transposer le projet à deux autres quartiers de l'entité, situés à Embourg et Chaudfontaine. Ces quartiers sont très différents de celui sur lequel a porté le projet actuel, avec pour seul point commun la présence en leur sein d'une population fragilisée.



Le nouveau projet couvrirait (sous réserve de l'agrément de la Communauté française) une période de deux ans, afin de pouvoir développer et exploiter au mieux la dynamique de groupe à mettre en place. Une période d'un an est en effet trop courte pour mener l'action à un certain aboutissement. Prendre le temps, favoriser la participation et la prise de responsabilités, construire un projet de quartier, un projet de vie, autant de facteurs garants de la réussite d'une telle entreprise...



## **2. Projet Apple – Alimentation et Promotion de la santé : Programme Liégeois d'Echanges**

*Christian Legrève, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales*

### **PROBLEMATIQUE**

Le manque d'attention porté par les populations fragilisées inscrites en maison médicale à la qualité des habitudes alimentaires est la problématique à laquelle nous souhaitons répondre.

### **CHANGEMENT ATTENDU**

La prise en compte, par la population inscrite en maison médicale, des liens entre l'alimentation et la santé, dans la perspective d'un meilleur état de santé.

### **PROCESSUS**

Le programme articule étroitement deux volets, l'un sanitaire et l'autre communautaire.

Le **volet sanitaire** consiste en une approche du problème par le point de vue des soignants, en utilisant leurs ressources, leurs outils, leurs concepts et leurs analyses.

Le **volet communautaire** consiste à soutenir le développement de dynamiques participatives collectives auprès des patients autour du thème de l'alimentation.

Le programme s'adresse donc tant aux équipes qu'aux usagers des maisons médicales, l'approche communautaire donnant un cadre plus large à l'action sanitaire. Chaque volet, même s'il est centré sur un de ces publics, n'a de sens que s'il implique l'autre, de manière à dépasser les barrières culturelles à l'œuvre dans l'approche thérapeutique individuelle de l'éducation nutritionnelle.

### **OBJECTIFS**

**Pour les soignants**, considérés individuellement :

- augmenter les compétences en matière nutritionnelle adaptées à chaque pratique (médecins, infirmières, ...)
- augmenter le « pouvoir d'agir » sur les problèmes d'alimentation, dans le respect des principes d'autonomie et de participation de l'utilisateur.

**Pour chaque équipe :**

- mieux connaître les besoins de santé de la population
- favoriser la participation des patients atteints de pathologies liées à l'alimentation aux activités communautaires
- mieux connaître des ressources et des lacunes dans l'offre de soin
- adapter l'offre aux besoins
- mettre en place les conditions d'un dépistage systématique des pathologies liées à l'alimentation et structuration des moyens (objectifs, procédures, évaluation, outils) de suivi individuel auprès du public concerné
- améliorer le lien structurel avec les usagers
- Démédicaliser les questions d'alimentation.



### **Pour l'ensemble des usagers :**

- prendre conscience du lien entre l'alimentation et la santé
- améliorer l'accès à l'information pour une alimentation saine
- augmenter le pouvoir d'agir collectif sur les questions d'alimentation
- développer la réflexion critique sur les modes de vie et de consommation
- acquérir des habitudes alimentaires saines en faisant des choix favorables à la santé.

Objectifs supplémentaires **pour les patients atteints d'une pathologie** liée aux habitudes alimentaires :

- prendre en main sa propre santé
- modifier ses propres comportements : acquérir des habitudes alimentaires adaptées
- améliorer la qualité de vie.

## **STRATÉGIES ET MÉTHODES**

L'analyse préliminaire du groupe de travail a fait apparaître le manque de compétences ressenti par les soignants, la dimension culturelle des habitudes alimentaires, des moteurs et des freins pour les modifier, l'absence d'un cadre pour une approche collective au sein de chaque maison médicale, la mauvaise qualité des données de santé disponibles pour les usagers pris individuellement.

Voulant rencontrer les difficultés exprimées par les équipes, le programme articule la formation continuée des soignants, appuyée sur l'étude des besoins et l'amélioration de la qualité des données, avec une démarche communautaire assurant la participation des usagers.

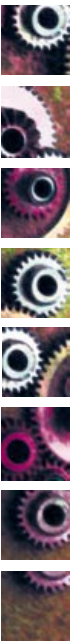
Il s'agit aussi d'augmenter les échanges et les concertations entre usagers, avec les soignants, les partenaires et les autres acteurs de terrain sur les questions d'alimentation.

## **BILAN DE LA PREMIÈRE ANNÉE**

La première phase a été centrée sur l'organisation d'une semaine d'activités communautaires sur l'alimentation dans chaque équipe participante. Ce travail donnait l'occasion de mettre en place l'ensemble du cadre utile aux objectifs du programme et de mettre les équipes, les partenaires et les usagers au travail sur des objectifs concrets, limités dans le temps et aisément appropriables.

En fin de compte, ce sont 15 équipes qui ont pu organiser une semaine des goûts et des couleurs au cours de cette première année, entre octobre 2005 et mars 2006.

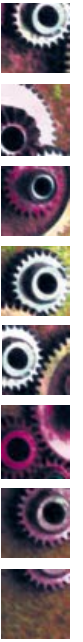
L'équipe APple s'est mise au service des semaines des goûts et des couleurs, comme ressource (animation, conseil, soutien méthodologique, graphisme, documentation,...), ou comme relais vers des ressources qu'elle a identifiées (intervenants spécifiques,



matériel, ...), en veillant toujours à ne pas se substituer aux ressources existantes, ni à l'équipe ou aux relais dans ses choix.

Ces semaines ont été des expériences extrêmement riches, souvent éprouvantes, pleines de découvertes. De nombreux contacts ont été établis, qui confirment des possibilités de pérennisation de l'action de chaque maison médicale.

Il est trop tôt pour voir quel impact, cette initiative aura à moyen terme sur les équipes des maisons médicales et leurs patients en ce qui concerne l'alimentation. Mais d'ores et déjà, il est possible de tirer des leçons du plaisir que les personnes qui ont participé à ce projet ont partagé et de leur investissement dans le succès de celui-ci : certains patients apportaient des légumes, d'autres des épices, d'autres encore partageaient des recettes, ...



## V. Conclusions et perspectives

Les textes qui illustrent ce document le démontrent, la santé dépend largement de facteurs non médicaux.

La promotion de la santé semble offrir un champ d'action qui permet la rencontre des différents déterminants qui influencent la santé. Le promotion de la santé prend en effet en compte les dimensions sociales, économiques et politiques de la santé et tente de réduire les inégalités face à celle-ci. Il est dérisoire de vouloir améliorer la santé d'une population si les besoins prioritaires ne sont pas satisfaits et si les droits élémentaires ne sont pas assurés.

Il est donc nécessaire de continuer à mener un véritable travail de terrain, un accompagnement respectueux des usagers dans leur choix de vie et dans le même temps de veiller à toujours dénoncer les injustices sociales qui nous révoltent.

Les professionnels liégeois que nous avons rencontrés et qui développent des projets de promotion de la santé à l'attention des populations précarisées sont souvent confrontés à des situations difficiles, voire intolérables. Ils doivent, la plupart du temps, agir dans l'urgence. Les ateliers « Temps de réflexion » leur sont apparus comme un véritable temps d'arrêt et de recul, « un bol d'air frais », un espace pour réfléchir à leur pratique, la confronter à d'autres et dégager des pistes de travail pour le futur.

Dans le cadre de ces pistes, les professionnels ont notamment réclamé une réflexion de fond sur la participation. Elle a souvent été présentée comme une condition éthique nécessaire.

Pour aborder cette question, le CLPS, en partenariat avec l'asbl Repères, a mis sur pied un groupe de travail qui a réuni en 2006 et 2007, une dizaine d'acteurs ayant mis la participation en pratique dans leur projet de promotion de la santé ou dans des projets socioculturels, artistiques et sociaux.

L'objectif de ce groupe a été d'extraire de ce partage d'expériences concrètes des pistes qui pourraient aider d'autres acteurs professionnels à mettre en œuvre, améliorer ou mieux comprendre la participation.

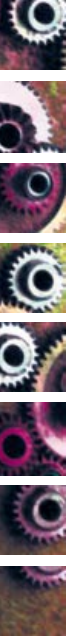
Chacun a pu s'interroger, d'une part sur l'essence du processus de participation et d'autre part sur les conditions et limites de sa faisabilité.

Un cahier intitulé « Promotion de la santé – participation et publics précarisés » présentant cette réflexion est disponible au CLPS.

La production de ces groupes de travail et des échanges stimulés par l'ensemble des activités du CLPS devraient se concrétiser par l'organisation d'une journée le 2 octobre 2008 en partenariat avec l'École de Santé publique de l'ULg.



## VI. Annexes



### 1. Liste des participants aux «Temps de réflexions»

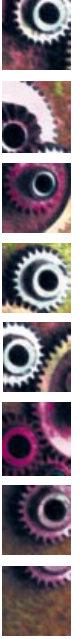
#### **Atelier animé par Patricia Piron et Elise Malevé**

- Roseline ANTOINE - Maison Médicale BVS  
Rue de la Baume, 215  
4100 Seraing  
Tél : 04/336.88.77  
Mail : roseline.antoine@bautista.be
  
- Robin BLONDIAUX - CPF "Louise Michel"  
Rue des Bayards, 45  
4000 Liège  
Tél : 04/228.05.06

Le Centre de Planning Familial Louise Michel a développé un Espace de rencontre parents-enfants

- Sylviane DE SMETH - CAP Santé et Centre PMS de la Communauté française  
Quai de Rome, 43  
4000 Liège  
Tél : 04/229.67.59
  
- Sandra GASPAROTTO - CRIPEL  
Coordinatrice des Formations Interculturelles  
Place X. Neujean, 19b  
4000 Liège  
Tél : 04/220.01.13  
Mail : sandra.gasparotto@cripel.be

L'objectif du département Formations Interculturelles du Cripel est de favoriser l'intégration des personnes étrangères à la vie sociale, économique et culturelle par l'offre de formations aux intervenants professionnels qui cherchent à élargir leurs compétences interculturelles et adapter leurs réponses aux problèmes spécifiques que rencontre leur public de personnes étrangères ou d'origine étrangère. Par ailleurs, le Cripel a un service d'accompagnement d'initiatives locales, un service d'interprétariat social et un service d'orientation socio-professionnelle des personnes étrangères.



Hugues GHENNE - Espace Santé, service de la FMSS-FPS  
Rue de l'Université, 1  
4000 Liège  
Tél : 04/223.01.50  
Mail : [espace.sante@espacesante.be](mailto:espace.sante@espacesante.be)

Espace Santé est le service de promotion de la santé de la mutualité FMSS/  
FPS. Il crée des programmes et outils pour mieux connaître la santé, la  
comprendre, agir à bon escient et à moindre coût. Il informe au sujet de  
thèmes directement liés à l'actualité et aux questions de chacun à partir d'un  
lieu permanent (Carrefour Info).

Marcellin KOFFI - Observatoire communal de la Pauvreté de la Ville de Liège  
Ville de Liège - Cité Administrative (8<sup>ème</sup> étage)  
En Potiérue, 5  
4000 Liège  
Tél : 04/221.84.11  
Mail : [marcellin.koffi@liege.be](mailto:marcellin.koffi@liege.be)

L'Observatoire communal de la Pauvreté est un outil d'aide à la décision et  
à l'action à disposition du Collège communal. Il a pour mission de récolter,  
analyser et diffuser des données socio-économiques relatives à la pauvreté sur la  
commune.

Christian LEGREVE - Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales  
Rue de Jemeppe, 110  
4431 Ans  
Tél : 04/344.38.34  
Mail : [igl@fmm.be](mailto:igl@fmm.be)

Programme APple : Alimentation et Promotion de la santé : Programme Liégeois  
d'Echanges.

Elise MALEVE - Centre Liégeois de Promotion de la Santé  
Bd de la Constitution, 19  
4020 Liège  
Tél : 04/349.51.25  
Mail : [elise.maleve@clps.be](mailto:elise.maleve@clps.be)

Projet : accompagner et coordonner les actions de promotion de la santé menées  
par les professionnels de l'arrondissement de Liège qui sont soucieux d'améliorer  
le bien-être et la qualité de vie de leur public.

Geoffroy MELEN et Anne HARDY - CPAS de Chaudfontaine  
Rue des Combattants, 28  
4051 Vaux-sous-Chèvremont  
Tél : 04/361.86.66  
Mail : [cpas.chaudfontaine@publilink.be](mailto:cpas.chaudfontaine@publilink.be)

Projet de promotion du bien-être auprès du public calidifontain, de création d'un réseau d'intervenants psycho-médico-sociaux et d'adaptation des pratiques professionnelles

Barbara PIETERS - Collectif Contraception de Seraing  
Rue du Marais, 88  
4100 Seraing  
Tél : 04/ 336.95.34  
Mail : [collectif.contraception.seraing@belgacom.net](mailto:collectif.contraception.seraing@belgacom.net)

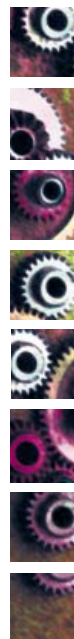
Centre de Planning Familial, le Collectif offre un espace privilégié de prévention, d'accueil et d'accompagnement pour toutes les questions liées à la vie affective et sexuelle.

Patricia PIRON - Repères asbl  
Rue Marie Gevers, 12  
1348 Louvain la Neuve  
Tél : 0476/42.80.87  
Mail : [asbl.reperes@freebel.be](mailto:asbl.reperes@freebel.be)

Lino SPAPEN - Etudiant à l'École de Santé Publique de l'ULg  
Rue Trou Bacou, 63  
4040 Herstal  
Tél : 0497/07.03.77  
Mail : [lino\\_spapen@hotmail.com](mailto:lino_spapen@hotmail.com)



## Atelier animé par Jeanne-Marie Delvaux et Elise Malevé



Martine BOURDOUX - CPAS de Visé  
Rue de la Fontaine, 76  
4600 Visé  
Tél : 04/374.93.45  
Mail : [martine.bourdoux@publilink.be](mailto:martine.bourdoux@publilink.be)

Sophie CLAESSENS - START (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire)  
Rue Montagne Sainte Walburge, 4A  
4000 Liège  
Tél : 04/224.63.12 ou 04/224.63.09  
Mail : [sophie.claessens@chp.be](mailto:sophie.claessens@chp.be)

Projet : promouvoir une gestion du capital santé dans le but de permettre à l'individu de retrouver une autonomie suffisante sur le plan psycho-médico-social. Le Start vise aussi un objectif de santé publique essentiellement en terme de prévention (échange de seringues, dépistage, consultations gynécologiques, soins infirmiers...)

Roger COLLINET - Relais Social  
Rue des Guillemins, 52  
4000 Liège  
Tél : 04/230.53.70  
Mail : [rogercollinet@hotmail.com](mailto:rogercollinet@hotmail.com)

Projet : Intégrer la dimension « promotion de la santé » à travers des interventions individuelles ou collectives dans une approche globale des problèmes liés à la grande précarité allant « de l'urgence à l'insertion ».

Joëlle DEFOURNY - SID'ACTION Pays de Liège  
Bd de la Constitution, 19  
4020 Liège  
Tél : 04/349.51.42  
Mail : [jdefourny@hotmail.com](mailto:jdefourny@hotmail.com)

L'asbl SID'ACTION a mis sur pied un programme de prévention du Sida et des IST : lutte contre les discriminations, dépistage, groupe de solidarité.

Jeanne-Marie DELVAUX - Service ESPACE Santé de la FMSS-FPS  
Rue de l'Université, 1  
4000 Liège  
Tél : 04/223.01.50  
Mail : [espace.sante2@swing.be](mailto:espace.sante2@swing.be)

Anne-Marie ETIENNE - ULg, Faculté de psychologie, Secteur Psychologie de la Santé

Bd du Rectorat B33

4000 Liège

Tél : 04/366.23.83

Mail : [AM.Etienne@ulg.ac.be](mailto:AM.Etienne@ulg.ac.be)

Projet pédagogique avec les étudiants : Etude des modèles prédicteurs dans l'adoption ou le maintien de comportements de santé.

Sophie ISTA - Relais Santé du CPAS de Liège

Place Saint Jacques, 13

4000 Liège

Tél : 04/220.58.97

Mail : [relais.sante@publilink.be](mailto:relais.sante@publilink.be)

Projet : réflexions et actions pour faciliter l'accès aux soins des personnes précarisées

Laurence LANGEVIN - Service d'accompagnement "Les Chanterelles"

Rue du Pairay, 87

4100 Seraing

Tél : 04/385.15.75

Mail : [Chanterelles.sac@belgacom.net](mailto:Chanterelles.sac@belgacom.net)

Pierre Yves LOISEAU - Dentisterie Sociale

Allée de la Picherotte, 8

4053 Embourg

Tél : 0478/93.63.93

Mail : [dentisteriesociale@skynet.be](mailto:dentisteriesociale@skynet.be)

Jean-Christophe MAISIN - OPTIM@

Place Communale, 7

4100 Seraing

Tél : 04/337.57.37

Mail : [jc.maisin@optima-obs.org](mailto:jc.maisin@optima-obs.org)

Projet de santé communautaire mené dans un quartier d'Ougrée

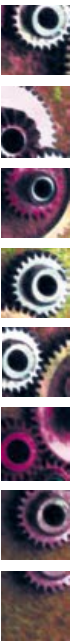
Elise MALEVE - Centre Liégeois de Promotion de la Santé

Bd de la Constitution, 19

4020 Liège

Tél : 04/349.51.25

Mail : [elise.maleve@clps.be](mailto:elise.maleve@clps.be)



Projet : accompagner et coordonner les actions de promotion de la santé menées par les professionnels de l'arrondissement de Liège qui sont soucieux d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de leur public.

Fabienne MALINGRET - Mutualité Professionnelle et Libre RW

Rue Natalis, 47b

4020 Liège

Tél : 04/344.86.61

Mail : [fabienne.malingret@mut506.be](mailto:fabienne.malingret@mut506.be)

Ghislaine SIMON - ASBL «Assistance à l'Enfance/Parents-Secours»

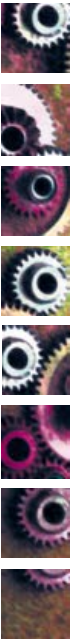
Rue Surllet, 32-34

4020 Liège

Tél : 04/341.10.99/96

Mail : [parentssecours\\_belgique@hotmail.com](mailto:parentssecours_belgique@hotmail.com)

Projet : protection et défense des intérêts des enfants





## **2. Documents pour poursuivre la réflexion**

Ces documents sont disponibles au centre de documentation du CLPS

**La Commune : actrice du développement territorial : vers une coordination des outils communaux** / P. Govaerts, J. Piraux, A. Sinzot. - Namur : Ministère de la Région Wallonne, 2003. - 108p. ISBN 2-87401-162-2

**Communes et proximité : des expériences à partager : Les Actes.** - Liège : Ville de Liège, 2002. - 110p.

**La dentisterie sociale à Liège : pour une meilleure accessibilité des soins dentaires : cahier n°24.** - Laboratoire des innovations sociales LABISO. - 57p. - ISBN 2-87415-402-4

**Détresse sociale.** - In : L'Observatoire. - Liège : Revue d'action sociale et médico-sociale, n°24, 1999, p.17-76. Dossier thématique.

**Les 10 ans du rapport général sur la pauvreté : mémoire de 11 moments de dialogue** / Sara Frederix, Nathalie Gilissen. - Fondation Roi Baudoin, 2005. - 39 p. - ISBN 2-87212-466-7

**Familles pauvres et intervention en réseau** / Michel Born, Anne-Marie Lioni. - Paris ; Montréal : L'Harmattan, 1996. - 202p. - (Technologie de l'action sociale) ISBN 2-7384-4571-3

**La parentalité à l'épreuve de la précarité.** - In : L'Observatoire, n°46, juin 2005, pp. 21-96. Dossier

**Précarité et santé** / Jacques Lebas, Pierre Chauvin ; préf. De Bernard Kouchner. - Paris : Flammarion, 1998. - 299p. - (Médecine-Sciences). ISBN 2-257-10838-8

**Précarité et Santé.** - Bruxelles : UCL-RESO, 2005. - (Série de recueils documentaires, n°12)

**Premier rapport biannuel : En dialogue, six ans après le rapport général sur la pauvreté.** - Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2001. - 256p.

**Regards sur la pauvreté à Liège : enquête auprès des personnes fréquentant les services sociaux d'accueil et d'aide sur le territoire de la Ville de Liège** / Marcellin Koffi. - Liège : Observatoire communal de la pauvreté, 2002. - 67p.

**Santé, précarité et exclusion** / Emilio La Rosa. - Paris : Presses universitaires de France, 1998. - 222p. - (Le Sociologue). ISBN 2-13-049719-5



