

UN PARTENARIAT ENTRE
LE CENTRE DE FORMATION DE L'AFERTES
ET LA CONFEDERATION SYNDICALE DES FAMILLES

RAPPORT DE PRE- ENQUETE CONCERNANT LES
QUESTIONS DE SANTE ENTRETENUES PAR LES
HABITANTS DU QUARTIER DES NOUVELLES
RESIDENCES DE ST NICOLAS,
ST LAURENT BLANGY

DEMARCHE REALISEE DANS LE CADRE DE L'UNITE DE SPECIALISATION DES
EDUCATEURS SPECIALISES INSERTION / EXCLUSION.

SOUS LA DIRECTION DE DIDIER ANDREAU ET DE PATRICK LALANDE.

AVEC LA PARTICIPATION DE :

Suzy Boursaud
Pierre Duguet
Isabelle Gogny
Marie Ange Laurent
Stéphanie Lecluse
David Mathorel
Mohamed Tharaoui
Yovan Tricot
Peggy Zapater

ANNEE 2002

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P 1
CHAPITRE I) CONTEXTE DE L'ACTION ET ELEMENTS DE SA REALISATION	
1) Le constat de notre partenaire	P 5
2) La contractualisation de nos relations	P 12
3) La place de l' UF 8 dans la démarche	P 13
4) Déroulement de la semaine d'étude	P 15
5) Problématique de la recherche	P 17
CHAPITRE II) LA METHODE D'INVESTIGATION	
1) L' échantillonnage	P 25
2) Présentation de l'échantillon	P 29
3) Présentation du canevas d'entretien	P 30
4)Fiche d'analyse des questionnaires	P 32
5) Premier essai de typologie	P 34
6) La typologie	P 39
CHAPITRE III) ANALYSE ET RESULTATS	
1) Le rapport à la santé et la relation au système de santé	P 47
2) Les besoins en matière de santé	P 53
CONCLUSION	P 57
ANNEXE	

INTRODUCTION

Le centre de formation en travail social d'Arras géré par l'Association de Formation et la Recherche en Travail Educatif et Social (AFERTES) forme depuis 1964 des travailleurs sociaux.

Implanté tout d'abord à Phalempin dans le Nord par le mouvement des CEMEA il est basé à Arras depuis 1978.

En 1998 une nouvelle association, l'AFERTES, est créée et gère désormais l'activité dans la tradition pédagogique des méthodes actives d'éducation et en association avec le réseau national des C.E.M.E.A.

Dans ce cadre un des axes centraux de la formation des travailleurs sociaux et particulièrement des éducateurs spécialisés est de faire en sorte que ceux-ci s'approprient la démarche et la méthodologie de la recherche en sciences sociales dans une approche pédagogique inspirée à la fois des méthodes actives, de la pédagogie de la conscientisation et de la recherche-action.

Les responsables de l'unité de formation *économie et société* et de l'unité de formation visant en dernière année de formation *la spécialisation des éducateurs spécialisés* dans le champ de l'insertion ont à cœur de s'interroger sur les formes didactiques les plus pertinentes pour que les travailleurs sociaux en formation s'approprient à la fois l'outil sociologique *in situ*, mais également se situent, dès le début de la formation, dans la réflexion sur le rapport à l'usager du secteur.

Quelles postures éthiques et professionnelles adopter ; et partant de là : quelles postures épistémologiques et méthodologiques mobiliser dès lors que l'on souhaite se situer dans un rapport à l'opprimé qui ne soit pas celui d'un agent au service de la reproduction sociale de l'aliénation, mais dans un rapport qui contribue à l'émancipation ?

C'est peut-être dans le développement de méthodes de formation qui rompent avec le cours *ex-cathedra*, dans la mise en place d'actions qui se situeraient, dans le courant de la sociologie d'intervention, par le développement de recherche menées sur de véritables terrains avec les acteurs et les populations, que se trouve une des réponses.

Aussi, depuis quelques années nous avons été amené à nous adresser à des acteurs sociaux, mairies, centres sociaux, associations ou syndicats d'usagers pour leur proposer des collaborations qui incluent des dynamiques de formation par la recherche.

Nous avons crée, en quelque sorte un mini-laboratoire d'intervention permettant à nos stagiaires et aux militants et usagers de ces structures de se former tout en co-produisant des savoirs sur leur quotidien.

Cette démarche s'inscrit aussi dans une réflexion plus large sur le déficit démocratique constatée dans notre société et sur la montée en qualification des cadres des mouvements sociaux, du secteur social et associatif, et des praticiens sociaux au sens large.

Nous avons fait le pari que ces actions peuvent aussi créer une soif « épistémique » et donner envie à certains d'aller plus loin dans leur démarche de formation.

Aussi, quelques uns pourront s'inscrire dans la formation supérieure que nous avons inaugurée en Octobre 1999 en partenariat avec le collège coopératif de Montrouge et qui vise la réalisation d'un mémoire relatant une recherche-action et validé par l'université par un diplôme : le DHEPS - Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales - diplôme du niveau de la maîtrise en sciences sociales.

Produit d'une de nos actions de formation la recherche-action présentée dans le document suivant est le fruit d'un travail de longue haleine de partenariat avec la section syndicale CSF (Confédération Syndicale des Familles) de Saint Laurent Blangy -Saint Nicolas (62). Nous avons mené en Janvier 2001 un travail de recherche sur le thème de la parentalité ¹en partenariat avec un groupe de stagiaires éducateurs spécialisés et un groupe de militants de la CSF.

Compte tenu de l'engouement et des effets formatifs de ce type de démarche, la section de Saint Laurent/Saint Nicolas a décidé de renouveler l'expérience cette fois-ci sur un projet d'enquête sur l'opportunité et la pertinence de mise en place dans le quartier des Nouvelles Résidences, d'un centre de santé de proximité.

¹ Andreau Didier, Lalande Patrick (Dir.) « La parentalité en question » note ronéoté, AFERTES, Mars 2001.

En effet, depuis plusieurs années la section CSF de Saint Laurent/Saint Nicolas a mis en évidence la nécessité de la mise en place sur le quartier d'une intervention en direction de la santé des habitants.

(Cf. l'enquête réalisée en 1996 dans le cadre du DSQ, les différents travaux et réflexions du groupe santé et l'enquête sur la parentalité de Janvier 2001).

Par ailleurs la question de l'aménagement de la galerie marchande en situation de quasi abandon est posée comme priorité par les municipalités des deux communes.

De plus il semblait important de saisir l'opportunité de l'appel d'offre régional en matière de santé (cf. les Plans Régionaux de Santé, P.R.S.).

Dans ce contexte il nous a semblé opportun de réfléchir à la mise en place dans cet espace d'un "établissement de santé de proximité".

Fidèle à sa pratique de démocratie locale la section CSF considère qu'il est pertinent de lancer une consultation des habitants sur cette question et nous a proposer de lancer une nouvelle enquête.

Celle-ci a pour objectif de mesurer la pertinence de la mise en place d'un centre de santé de proximité dans l'espace laissé vacant dans la galerie du centre commercial.

La pré-enquête dont ce rapport fait l'objet a été réalisé en partenariat avec le centre de formation en travail social de l'AFERTES d'Arras. Elle a eu lieu lors de La semaine du 14 au 18 Janvier 2001 en coproduction avec un groupe de travailleurs sociaux en formation.

Cette pré-enquête sera suivi d'une enquête sur un échantillon plus large représentatif de la population du quartier et sera menée par les militants de la CSF qui se sont formés depuis deux ans aux techniques d'enquête.

Dans un premier temps, nous proposons de situer le travail dans son contexte de réalisation pour une meilleure représentation des raisons qui ont motivé notre volonté de répondre à la commande de la C.S.F.

De cette démarche, nous mettrons dans un deuxième chapitre, en évidence la méthode retenue par le groupe en prenant soin de décrire les différentes étapes de la démarche qui nous a conduit à l'exploitation des matériaux. La mise en forme du traitement des données recueillies, permettra dans un troisième chapitre, une présentation des différentes analyses esquissées depuis la construction typologique du discours des personnes interviewées.

CHAPITRE I°) CONTEXTE DE L'ACTION ET ELEMENTS DE SA REALISATION

1) LE CONSTAT DE NOTRE PARTENAIRE

La CSF, syndicat familial s'est depuis sa création attelé aux problèmes de santé et revendiqué leur prise en charge par les pouvoirs publics.

Il vient à l'esprit tout d'abord la construction des services de travailleuses familiales qui existent toujours et dont un des objectifs est de permettre aux familles de travailleurs et notamment les femmes de sauvegarder leur santé dans les moments de maternité surcharge de travail...

Egalement des actions intensives pour obtenir la loi sur la contraception, pour le droit à l'enfant désiré, complété par l'interruption volontaire de grossesse.

Tout au long de son parcours, les actions de défense de la sécurité sociale pour le tiers payant, la défense du service public de Santé.

Pour ce qui est de notre association locale tout en participant aux actions nationales, en 1996, à notre initiative au sein du DSQ santé nous avons voulu que l'on mette l'accent sur "l'accès aux soins", déjà à cette époque un questionnaire d'enquête auprès des habitants a été réalisée, afin de pouvoir mesurer les difficultés et les raisons d'accéder aux soins, en égalité pour tous.

Cette enquête faite avec des partenaires dans le quartier a surtout abouti à la réalisation d'une petite brochure "t'as la forme" mais n'est pas allée plus loin. Parallèlement, nous avons mis en place un atelier cuisine/santé, voulant ainsi répondre à des souhaits d'apprentissage d'équilibre alimentaire et de convivialité dans le quartier ce qui n'est pas négligeable et participe à un meilleur être.

Notre groupe CSF Santé se réunit régulièrement et examine les problèmes Santé qu'il faut retenir pour des actions seuls ou avec d'autres.

L'observation et le comportement des habitants sur le plan santé/bien être nous poussent à des actions précises par exemple sur les dépendances (alcool, toxicomanie, abus des médicaments.)

Les différents secteurs de la CSF essaient d'aborder ces sujets que ce soit à l'atelier Consommation au groupe parentalité, à la commission Santé de l'ADSU.

C'est ainsi que plusieurs rencontres ont rassemblé du monde, avec le docteur Duquesne sur l'alcoolisme, ou encore des formations aux premiers soins avec le Centre Départemental des pompiers.

Il faut souligner une importance plus grande à l'alimentation Santé avec l'atelier Cuisine.

Nous revenons sur l'action cuisine avec le Docteur Duquesne au cours de laquelle nous nous sommes sentis tous plus ou moins concernés dans notre environnement, dans notre famille et avons exprimé un certain nombre de souhait : s'apprendre à "parler" dans notre entourage, être à l'écoute, prêts au dialogue.

Une fois de plus nous avons ressenti le besoin d'une structure de proximité "Santé" et avons décidé d'approfondir ce qu'elle pourrait être.

Pour cela, nous nous sommes convenus :

- de permettre aux habitants des 2 communes de s'exprimer sur leur besoins et leurs souhaits à l'aide de questionnaires, d'interview.
- de demander à l'AFERTES de nous aider techniquement et pour la recherche d'intervenants.

Une opportunité dans le quartier des nouvelles Résidences.

« Nous sommes en pleine période de restructuration de l'espace Leclerc - Chanteclair, et nous voulons que les habitants puissent s'exprimer démocratiquement auprès des élus, sur leurs souhaits pour le quartier, les équipements de proximité, leur participation citoyenne pour 'vivre mieux dans le quartier des Nouvelles Résidences". »

Depuis 1992 la CSF s'est beaucoup investie dans le DSQ en prenant une part importante dans la réflexion et l'action.

Particulièrement depuis quelques années, les militants CSF ont réfléchi avec les associations du quartier, sur les plan logement, éducation équipements de proximité et participation des habitants.

C'est pourquoi il est tout à fait cohérent maintenant, de concrétiser notre réflexion, dans la pratique, vers la mise en place d'un établissement de santé de proximité et participation des habitants.

Il est absolument utile, de parvenir à définir ce que veulent les habitants et de dégager les arguments nécessaires pour convaincre les partenaires institutionnels.

Quelques idées déjà émises par le groupe CSF, santé

- Approfondir la mise en place du tiers payant
- L'information sexuelle chez les jeunes
- Pour les personnes plus ou moins handicapées un service "lien avec la pharmacie"
- Se faire aider pour la lecture des résultats d'examens et éviter ainsi des visites chez le médecin trop répétées.
- Accueil psychologique... pour libérer la parole et les souffrances.
- Conseils et informations pour l'accompagnement des malades et des familles en souffrance.
- Pouvoir être suivi pour la tension artérielle sans devoir aller systématiquement chez le médecin.
- Information sur la couverture sociale des jeunes.

Synthèse de l'enquête : accès aux soins octobre 1996

En 1996, à l'initiative de la Confédération Syndicale des Familles, la Commission Santé DSU de St Laurent et St Nicolas a décidé de mettre l'accent sur le problème de l'accès aux soins. Pour l'aborder, elle a mis en œuvre un questionnaire afin de donner la parole aux habitants en introduisant un échange et une relation de confiance.

Cette enquête a permis d'échanger avec 144 personnes, à travers deux services (CRAM, UTASS) et deux associations (Coup de Pouce/Mission Locale, CSF). Les questions posées ont concerné à la fois les conjoints et les enfants des personnes interrogées.

1 - Les personnes rencontrées :

Toutes les tranches d'âge entre 19 et plus de 45 ans sont représentées.

- La majorité des couples ont un ou plusieurs enfants à charge (y compris les jeunes célibataires)
- Ce sont majoritairement des femmes qui ont répondu
- La plupart des personnes interrogées ont un statut social lié à l'octroi d'allocations (les salariés à temps plein sont peu représentés)
- Des ressources majoritairement précaires (cas rares sont les couples avec deux salaires).

La population rencontrée par les bénévoles et les professionnels des structures engagées dans cette enquête peut être caractérisée comme une population en situation de précarité économique ayant des enfants à charge .

2 - les obstacles à l'accès aux soins :

- Des facteurs psychologiques et personnels (peur de regarder la maladie en face, refus de l'urgence, peur du diagnostic médical) sont souvent évoqués.

Obstacles administratifs tenaces :

- L'enquête n'a pas révélé d'absence totale de couverture sociale. S'il existait encore des situations d'accès aux soins non régularisés, c'est plus souvent par négligence ou méconnaissance. L'AMG, si elle était utilisée, restait une démarche difficile à faire : elle était " stigmatisante ", elle ne répondait pas aux situations d'urgence, elle restait compliquée pour un public qui se perdait dans les rouages administratifs.

Obstacles financiers évidents :

Que ce soit pour des soins spécifiques onéreux (dents, vue) pour des soins courants que l'on diffère (les adultes donnant la priorité aux enfants), ou pour des consultations coûteuses de spécialistes, et malgré l'existence d'une mutuelle complémentaire, l'avance des frais médicaux reste un problème majeur.

3 - les propositions faites à la CSF

Pas d'avance d'argent

Revoir la liste des médicaments non remboursés

Mise en place d'un dispensaire, centre de soins avec radiologie, conseiller, planning familial
Distribution des bons AMG dans le quartier
Bons AMG doivent être acceptés par les mutuelles
Les spécialistes ne doivent pas prescrire trop de médicaments non remboursés
CPAM doit accorder aux praticiens le droit de travailler avec les mutuelles
La mutuelle doit être acceptée partout
Les médecins de garde doivent coûter moins cher
La sécurité sociale doit envoyer les décomptes tous les 15 jours
La sécurité sociale doit mieux rembourser les lunettes et les dents
Délai plus rapide pour l'AMG
Moins de papiers
Respecter aussi les gens qui n'ont pas ou ont moins de ressources.
Bénéficiaires de l'AMG doivent avoir les mêmes droits à la santé que les autres.

4 - les propositions d'améliorations émises par la commission santé DSU

- une couverture sociale qui évite le plus possible une avance d'argent :
- généralisation du tiers payant, y compris dans les laboratoires et les centres de radiologies
- une meilleure prise en charge de soins spécifiques indispensables comme les soins dentaires et les lunettes
- une possibilité de tiers payant pour les consultations médicales, notamment pour les soins le week-end
- un accès plus rapide et plus simple à l'AMG
- des services de proximité
- des guichets uniques
- un meilleur accueil
- des soins à domicile plus largement développés
- davantage d'humanité dans la relation médicale notamment à l'hôpital.
- Complément à la synthèse " accès aux soins " - décembre 1996
- Des difficultés pour se soigner
- Complément à la synthèse "accès aux soins" Décembre 1996
- Des difficultés pour se soigner
- peur des examens "désagréables"
- peur des diagnostics, on préfère rester dans l'ignorance

- on préfère d'abord soigner les enfants (argent)
- relations avec le médecin : impression de manque de respect, de considération
- démunis devant le milieu hospitalier
- Chez le spécialiste : rendez vous long à obtenir
- On a toujours peur d'être "catalogués" si on a la CMU
- la CMU ne prend pas en charge certains examens
- Idem pour les mutuelles
- pendant l'hospitalisation des enfants, la crainte de la séparation
- démunis devant les dépendances : la toxicomanie et l'alcool.
- les moyens de transport le soir pour se rendre à l'hôpital.
- le suivi à domicile, ou un service de proximité
- Information sur les dépassements d'honoraires, d'ailleurs, supprimer ce droit à dépassement.

La CSF demande que la présence médicale soit renforcée dans les quartiers populaires et que de véritables services pour les petites urgences soient organisées (ce n'est d'ailleurs pas un problème circonscrit aux quartiers populaires). La CSF demande également que le secteur II avec dépassement d'honoraires disparaisse car il est le moteur d'une médecine à deux vitesses.

La CSF s'est fixée pour objectif d'agir sur la santé à partir de deux axes :

- la prévention
- l'expression des habitants
- et d'y introduire une cohérence d'action autour de thèmes communs.

Extraits du rapport : Les familles aux revenus modestes

Pendant deux ans, en 1999 et 2000, jusque 200, la CSF de St Laurent/St Nicolas qui avait reçu une mission du Ministère de la Solidarité a pu réunir 15 familles vivant avec des revenus modestes, afin de saisir leur vécu au quotidien et mesurer l'impact des mesures sociales mises en place, les difficultés rencontrées pour faire face à leurs besoins essentiels.

Toute cette réflexion a été reprise dans un rapport envoyé au ministère.

- Un état de santé défaillant

La santé est capitale pour pouvoir mener une existence paisible, trouver de travail

- Et pouvoir le conserver.
- Elle est un déterminant au principe d'intégration.
- Accès aux soins
- Le plafond d'accès à la CMU est vécu comme une injustice. Il existe des difficultés d'accès aux soins liés à l'effet de seuil de la CMU (un travailleur qui touche un salaire de plus de 50 francs n'aurait pas droit à la CMU).
- Les familles ont pointé également les difficultés d'accès aux services de soins. Au delà de l'aspect remboursement de soins, se pose la question de la proximité des services de soins et du refus de certains professionnels de santé d'accepter cette clientèle.
- Ouvrir des espaces de reconstruction de sa citoyenneté
- Des groupes de la CSF ont accueilli des familles aux revenus modestes. Ces groupes permettent aux familles d'y affirmer leur dignité, leur autonomie et leur volonté de s'engager dans leur quartier.
- Les familles sont en demande de conseils (sans jugement de valeurs). Un des enjeux importants serait d'instaurer un lieu de proximité pour y aller en toute confiance (proximité avec les habitants et proximité géographique).
- Il est important d'assurer une proximité des organismes sociaux, ce qui entraîne un coût.
- Afin de limiter ce coût, ces organismes doivent se rapprocher des lieux de vie des familles, afin de rendre ces services, être à l'écoute des besoins et des difficultés du quartier. (lieu d'écoute, d'informations et d'orientation).
- Ce centre permettrait un accès aux droits de protection sociale (santé, complémentaire).
- La personne ressource pourrait défendre l'habitant pour une amélioration des remboursements de soins par le régime général (soins dentaires, optiques, audioprothèse).

On note une autre difficulté, l'accès physique aux soins.

- Il existe un nombre important de médecins (des spécialistes) qui par leur dépassement d'honoraires ou par leur emplacement géographique limitent l'accès aux soins. Une difficulté s'ajoute à cela, les horaires de consultation se terminent vers 19h30 et les habitants du quartier se trouvent démunis quand un incident se produit après cette heure.

Des statistiques en date des années 96 et 97 nous apportent quelques pourcentages :

- 66% des interrogés rencontrent des difficultés pour se soigner.
- 40% des concubins disent la même chose.

- 50% ont des difficultés pour soigner leurs enfants.
- En 1999, la CMU est créée.
- En 2002, la protection CMU est élargie aux personnes percevant l'AAH et les personnes touchant le minimum vieillesse, mais le problème reste posé pour les personnes qui ont un salaire plus ou moins égal au SMIC car ils dépassent le plafond.

1) LA CONTRACTUALISATION DE NOS RELATIONS.

La richesse des réflexions et du travail réalisé depuis de nombreuses années par les militants et les militantes de la C.S.F. des nouvelles résidences témoignent de l'importance de leur préoccupation et de leur capacité à représenter les intérêts des populations du quartier.

Les actions menées, ainsi que le travail d'analyse réalisé sur les problématiques de santé donnent des indications précieuses qui nous ont été utiles pour clarifier notre engagement et le contractualiser .

Cette démarche de plus en plus répandue dans le travail social, au moins depuis les lois de décentralisation, représente pour les partenaires désireux de s'associer dans la réalisation d'un projet, la garantie du respect du déroulement de toutes les étapes du contrat.

Plusieurs rencontres ont donc été nécessaires pour parvenir à cerner les attentes, à clarifier le contenu de la commande pour le traduire en objectifs réalisables.

Cette démarche a fait l'objet de la signature des partenaires dans un document où apparaît les obligations de chacune des parties tant en ce qui concerne les aspects matériels et financiers que les délais à respecter en matière de production écrite.

Cette volonté de formalisation représente en regard de notre démarche pédagogique un axe de travail que nous tentons d'intégrer dans les préoccupations qui structurent les contenus de l'unité de spécialisation INSERTION / EXCLUSION et, plus particulièrement le module II de l'UF 8 « Les Politiques Territoriales Au Carrefour de Nouvelles Formes d'Intervention sur Le Social.

3) LA PLACE DE L'UF8 DANS LA DEMARCHE DE PRE-ENQUETE

ELEMENTS DE CONTEXTUALISATION DE LA PROBLEMATIQUE DE L'UF8 « INSERTION / EXCLUSION »

Les termes de mutation et de métamorphose semblent être les maîtres mots pour caractériser les transformations structurelles et conjoncturelles de l'environnement socio-économique de la société française depuis maintenant trois décennies.

Les changements qui se sont opérés au sein de l'appareil de production économique, attestés par de nombreuses études², ont eu pour effet, de modifier la structure des emplois, de durcir les conditions d'accès au marché du travail. Ceci dans un contexte marqué par la volonté d'établir un nouvel ordre mondial fondé sur la recherche d'une optimisation des profits financiers des entreprises confrontées à un environnement de plus en plus hostile.

Les conséquences de cette crise, qualifiée par les économistes de situation de croissance destructrice, provoquent, parmi les populations les plus exposées, des difficultés économiques, sociales et culturelles qui accroissent les situations de précarité, de souffrance sociale et de rupture des formes d'appartenance socio-affective.

Défi majeur pour la société française, la montée de l'exclusion constitue un enjeu de maintien de la cohésion sociale et de son modèle intégratif. Et elle interroge l'efficacité des systèmes de protection sociale qui ont fait l'apanage du tripartisme à la française.

Dans ce contexte de doute, les politiques d'action sociale, organisées historiquement sur le principe de l'aide individuelle, se trouvent aussi questionnées sur leur efficacité à endiguer la massification des processus d'exclusion d'individus qui, par ailleurs, contestent les différentes formes d'invalidation induites par les logiques traditionnelles de l'intervention sociale .

² Se reporter aux différentes analyses publiées dans les ouvrages suivants : Pour un nouveau plein emploi Syros 1997. Autonomie au quotidien. F. Planard. Chronique sociale 1984. Misère du présent richesse du possible. A.Gorz. 1997. Peut-on réguler le capitalisme ? Esprit Novembre 1998.

A coté de ce que de nombreux auteurs³ décrivent comme l'amorce possible d'un déclin des politiques d'action sociale fondées sur le principe de l'intervention psychoaffective, il y a aujourd'hui dans un contexte de décentralisation, de mise en œuvre des politiques de la ville et des politiques d'insertion, place pour de nouvelles manières de penser l'intervention sur le social.

C'est à partir de l'appréhension de cette dynamique questionnant les finalités du travail social et des rapports qui se jouent entre les différents acteurs concernés par les changements qui affectent le secteur social, que nous avons opéré une construction pédagogique de l'uf8 :

MODULE 1

- ❖ Les politiques d'insertion sociale et professionnelle face à la montée des processus d'exclusion.

MODULE 2

- ❖ Les politiques territoriales au carrefour de nouvelles formes d'intervention sur le social.

MODULE 3

- ❖ Apprendre à concevoir des projets sociaux. L'enquête diagnostic.

MODULE 4

- ❖ Agir sur le lien social, les alternatives à l'insertion face aux logiques d' action sociale à visées réparatrices.

³ A quoi sert le travail social ? Esprit. Mars Avril 1998.

4) DEROULEMENT DE LA SEMAINE D'ETUDE .

Le lundi 14 Janvier 2002 :

Après-midi :

Appropriation du projet de recherche et de la méthodologie de la recherche-
action Définition de la question de départ

Le mardi 15 Janvier 2002 :

Matin :

Etude de texte en trois groupes

- 1) Les textes de la CSF
- 2) Les textes sur la santé communautaire.
- 3) Le plan Régional de Santé

Après midi :

Intervention sur La santé communautaire Les centres de santé de proximité

Le mercredi 16 janvier 2002 :

Matin :

Définition de la problématique.

Après-midi :

Construction de la grille d'entretien et début des entretiens.

Le Jeudi 17 Janvier 2002

Matin :

Entretiens et début de la retranscription.

Après-midi :

Retranscription et début d'analyse. Validation de la grille d'entretien.

Le vendredi 18 Janvier 2002

Matin :

Tri et mise à plat des données. Construction d'une grille de lecture des entretiens.

Après-midi

Début de l'analyse.

Suite à cette semaine de recherche chaque stagiaire est reparti avec l'entretien qu'il a mené et à l'aide de la typologie élaborée le dernier jour de la semaine d'étude, il s'est engagé à classer les unités de sens dans les catégories et à procéder à un recomptage catégorie par catégorie en fonction de leur poids respectif, par ordre décroissant.

Le 26 Février 2002 :

Elaboration de la typologie définitive, répartition de l'analyse dans trois groupes de travail.

Mars 2002 :

Analyse et rédaction du rapport de pré-enquête.

5) PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

La confédération syndicale des familles, affiliées à la confédération nationale des familles est implantée dans le quartier des nouvelles résidences de St Laurent et St Nicolas depuis 1984. Elle est composée par des habitants du quartier des deux communes de St Laurent et St Nicolas, son siège se trouve au cœur du quartier des nouvelles résidences.

La C.S.F. axe son intervention sur le quartier, avec les familles, selon quatre idées forces qui sont :

- ⇒ Regrouper
- ⇒ Représenter
- ⇒ Revendiquer
- ⇒ Réaliser

De son origine association familiale, née après la guerre, surtout pour les services à la population, elle est devenue au cours des années un syndicat familial s'attaquant aux causes des situations des familles ouvrières et pas seulement sur les conséquences.

Ainsi elle permet aux familles de revendiquer leur citoyenneté et leur place dans les différentes structures du quartier, des communes, des services publics...
Ce qui se traduit sur le terrain par des actions menées à partir de l'écoute des besoins des habitants. Pour cela la C.F.S. a mis en place différents ateliers :

- ⇒ Consommation
- ⇒ Santé
- ⇒ Cuisine

Regroupant des habitants et animer par ceux-ci, favorisant l'échange des compétences de chacun.

Il y a également, des groupes de parole, des universités d'été, un accompagnement scolaire et aussi un établissement de conseils familiaux.

La C.S.F. agit et prend sa place dans tous les domaines concernant la famille. Notamment au cours de ses activités, la C.S.F. à observer les difficultés exprimées par les habitants en terme de santé. Elle a donc mis en place un atelier santé afin de mieux cerner les besoins des habitants et tenter de trouver ensemble une réponse.

De là, a démarré une réflexion commune, plus approfondie autour de la santé, d'autres besoins ont émergés de cette réflexion. Différentes enquêtes ont été menées. Elles ont permis de dégager un certain nombre de constats :

- Les familles sont en demande de conseils et d'écoute.
- Différents obstacles aux soins sont apparus tels que :
 - Un obstacle humain (peur de regarder la maladie, refus de l'urgence).
 - Un obstacle administratif (insuffisance de connaissance des droits).
 - Un obstacle financier malgré la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.)
- Difficultés d'accès aux soins (mobilité, horaires inadaptés)
- La réticence dans une relation de confiance entre les travailleurs sociaux et la population.
- Manque de prévention, d'écoute, d'accompagnement.

- Les a priori sociaux qui sont source de préjugés et de discriminations sociales à leur encontre.

Les différentes enquêtes et actions menées sur le quartier des nouvelles résidences, notamment par la C.F.S. évoquent un certain nombre de difficultés dans le rapport des habitants aux soins ou à la santé.

Quelles sont les réponses possibles selon les habitants ?

On peut s'apercevoir que les problèmes soulevés par les habitants du quartier sont également des préoccupations nationales. L'Etat propose actuellement comme outils d'action les Programmes Régionaux de Santé.

Les habitants ont découvert les P.R.S. et ils l'examinent à travers les problèmes soulevés autour de la santé dans le quartier. Ces habitants souhaitent saisir cette opportunité pour aller plus en avant dans l'accès à la santé.

Les habitants ont retenu avec la C.S.F. surtout six grands principes énoncés dans la Charte commune des P.R.S.

- Partir de l'existant
- Rendre la population actrice de sa santé
- Ouvrir au partenariat
- Agir de façon globale
- Agir en fonction des réalités du territoire
- Une action dans la durée

Ces six points se regroupent en trois axes :

- ⇒ Education à la santé
- ⇒ Prévention à la santé
- ⇒ Accès aux soins

Il nous a paru judicieux de redéfinir les termes de « santé » et de « soin(s) » afin que nos réflexions et nos actions aient du sens par rapport aux problèmes et aux besoins énoncés préalablement. Aussi nous avons, pour nous aidé dans la construction du problème qui nous est posé, engagé un travail de recherche des connaissances produites sur les questions de santé .

La santé c'est :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

C'est un état de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité.

Selon Le Petit Larousse, 1985 :

La santé est l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien. Former des vœux relatifs à la santé comme condition de Bonheur.

Selon l'U.N.A.F. :

La santé est un choix fondamental. Préservé et valoriser son capital santé et son état de santé. Capacité de corriger par les soins au sens large tous les incidents qu'affectent ou risque d'affecter le corps et l'esprit.

Selon La Santé Communautaire :

Forme de lutte contre l'exclusion, approche locale des organisations collectives. Espaces territoriaux de proximité.

⇒ Liens sociaux

⇒ Autonomie individuelle } Cela nécessite un changement social.

⇒ Capacités d'actions }

Les soins :

Selon Le Petit Larousse, 1985

Moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade.

LE SOIN

Selon Le petit Larousse, 1985

Attention ou application à quelque chose ou à quelqu'un. Etre attentif, Veiller sur...

Nos lectures ont aussi mis en évidence que Chacun d'entre nous entretient des rapports spécifiques et individuels à la santé. Ces spécificités émanent tout d'abord du sens que l'on attribue à : la santé, aux soins, la prévention. Ainsi, parler d'éducation à la santé peut revêtir plusieurs formes quant à méthode à employer. De plus, la perception et la représentation sont conditionnés par de nombreux facteurs individuels mais également sociaux.

En effet, selon le statut socioprofessionnels de l'individu, de son âge, de ses conditions de vie matérielles et environnementales, les perceptions diffèrent. Les différents textes étudiés ont pour objectif , la mise en lumière de ces disparités, conditionnant les différents rapports que chacun entretient à la santé et au soin.

Quelles sont ces différences ? Que masquent elles ?

Afin de déterminer les tenants et aboutissants des enjeux liés à l'accès à la santé et des différents rapports que chacun lui attribue, il est nécessaire , tout d'abord d'appréhender les notions inhérentes à celle ci. Dans un second temps nous nous attarderons à mettre en tension les disparités et inégalités de certaines catégories de la population, en ce qui concerne l'accès aux soins et à la santé. Enfin, nous serons plus à même de définir les moyens mis en œuvre afin de lutter contre ces inégalités.

Si l'on se réfère à la définition que l'OMS donne de la santé : « Etat complet de bien être physique, moral et social »⁴, on peut se rendre compte qu'elle distingue les différents facteurs touchant l'individu. On parle alors de santé globale. C'est en partant de cette définition qu'a été introduit la notion de promotion de la santé : « Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer »⁵.

La charte d'Ottawa est alors venu poser les bases de la santé publique. Elle distingue différents niveaux d'intervention :

- Une politique publique saine
- Création d'un milieu favorable
- Renforcement des actions de communication
- Acquisition d'aptitudes personnelles
- Réorientation des services de santé

⁴ Modèle Bio-psycho-social

⁵ Charte d'Ottawa

Ainsi, la santé est la résultante de l'état qui « engage à la fois l'individu et la société »⁶. En effet, un état de bonne santé n'est pas seulement vue sous l'angle d'une absence de maladie et d'infirmité. L'enjeu est dorénavant consubstantiel de l'interaction entre l'individu et de l'environnement social. Il est important enfin, de considérer que chacun puisse préserver et valoriser son capital. Partant de là, il convient de s'attarder sur les causes et les influences de certaines inégalités sociales dont chacun est tributaire face à la santé. Questionner l'accès à la santé et le rapport que chacun lui attribue suppose de ré interroger les inégalités économiques, sociales et culturelles.

Ces remarques ont fait l'objet d'étude qui tentent d'éclairer sur les relations entre accès au soin, à la santé et catégories socioprofessionnelles. Elles permettent d'affiner une grille de lecture précise mettant en exergue les tenants et aboutissant des inégalités face aux soins et à la santé.

Dans l'étude par questionnaire de Houtaud Alphonse⁷ il a été mis en évidence les rapports que chaque catégories socioprofessionnelles entretient à la santé et au soin. Il remarque ainsi les éléments saillants constructifs de ces constats.

Ainsi pour les cadres, être en bonne santé s'articule à : « être en pleine forme ». A contrario, la catégorie des ouvriers et des agriculteurs associe à être en bonne santé : « ne pas être malade ». La catégorie socioprofessionnelles des cadre est soucieuse de sa santé, au regard de son équilibre psychique. Le stress est désigné comme obstacle à la santé. Pour les ouvriers et les agriculteurs, la différence est criante. La santé est considéré comme la plus grande des richesses. Elle est consubstantielle de la valeur travail. La santé doit permettre de se maintenir dans un état physique suffisamment bon pour continuer de travailler.

Enfin, pour les plus « précaires », on assiste à un faible recours au soin. L'auteur de l'étude se pose alors la question de savoir si le chômage prolongée n'est il pas créateur des changements du rapport au corps ?

Cependant, on ne peut se satisfaire de cette explication. Même si chacun entretient un rapport à la santé qui lui est spécifique, il semblerait que les institutions et les organismes en soit pour partie responsables.

⁶ UNAF, Réalités familiales.

⁷ Guide santé précarité.p5

On constate un manque de coordination entre les différentes actions menées sur un territoire donné. Les réseaux de santé ne sont pas ou peu harmonisés et répondent difficilement aux besoins des habitants.

Ainsi se sont développés des actions de types communautaires. Les habitants investis dans l'action de promotion de la santé sont à la source des revendications des besoins des habitants. Ces expériences à l'échelon local, ont pour avantage de permettre une meilleure lecture de ces besoins et concourent à y répondre de manière plus adaptée.

Cette démarche de prise en charge des questions de santé, expérimentée à Bourges, fait appel au réseau d'échange de savoirs. Les habitants se trouvent alors au cœur de l'expérience. Ils en sont les promoteurs et les acteurs. C'est un lieu où chacun peut exprimer son vécu et son expérience personnelle. L'objectif est de permettre à chacun de s'emparer de l'émulsion collective liée à l'échange des savoirs.

Mais aussi, créer du réseau, c'est créer du lien social. En effet, la santé, même si elle est bien souvent abordée sous l'angle du bien-être physique, fait aussi écho au bien-être social. Se préoccuper de sa santé, oser interpellier les professionnels, s'organiser, participer à ce que chacun soit auteur de son devenir de sa vie, de son quartier, de sa ville.

Ainsi, agir de façon communautaire est une réponse novatrice apportée aux habitants d'un territoire, d'un quartier. S'exprimer, échanger sur les questions de santé est à la portée de tous et concourt à recréer du lien social, à réintégrer le principe de démocratie participative.

L'avènement de la CMU, dans la continuité de la loi de lutte contre les exclusions, avait pour objectif de réduire les inégalités face à l'accès aux soins. Cependant, on peut observer que cette démarche universelle ne peut répondre efficacement à tous les besoins en terme d'action de santé publique. Être au plus près des préoccupations des habitants semble être une réponse adéquate.

S'appropriier collectivement les questions de santé, des droits de chacun, des besoins et des désirs contribue alors à une meilleure prise en compte et reconnaissance des citoyens d'un territoire donné.

A ce stade de notre réflexion, nous avons élaboré des hypothèses d'actions qui sont les suivantes :

Interroger les habitants doit permettre, dans un premier temps, d'actualiser les données sur leur rapport à la santé et d'évaluer plus finement leurs besoins et les actions à mettre en place.

Si l'on met en évidence que les problèmes liés à l'accès et au rapport à la santé font partie des priorités des habitants des Nouvelles résidences, l'implantation d'un centre de santé de proximité répondra, dans la mesure où les habitants y seront associés, à leurs besoins et désirs et permettra de réduire les inégalités en matière d'accès à la santé.

CHAPITRE II°) LA METHODE D'INVESTIGATION

1) L' ECHANTILLONNAGE

Pour donner du crédit à notre démarche d'enquête, et retenir les personnes à interviewer, nous nous sommes appuyés sur le travail de construction de l'échantillon réalisé durant l'année 2001 sur la question de la parentalité en milieu populaire .

La Confédération Syndicale des Familles (C.S.F.) a pour but d'assurer, au point de vue matériel et moral, la défense et la représentation des intérêts généraux des familles quelle que soit leur situation juridique et sociale ou leur nationalité, en particulier en leurs qualités d'usagers, et de consommateurs de biens et services, de parents d'élèves et de retraités (Article 2 des statuts).

La Confédération Syndicale des Familles est agréée en tant que mouvement d'éducation populaire, association éducative complémentaire de l'enseignement public, organisation de défense des consommateurs, organisation de défense de l'environnement et de protection de la nature et organisation d'accueil des objecteurs de conscience.

La Confédération Syndicale des Familles de Saint-Laurent possède en son sein un fichier de 300 familles adhérentes.

Ces familles adhèrent en fonction de leurs besoins aux différents secteurs d'actions que propose la C.S.F. (consommation, éducation, petite enfance, santé, prestations, vie familiale...).

C'est donc à partir de ce fichier de 300 familles adhérentes à la C.S.F. que nous avons démarré notre travail de recherche afin de répondre de manière plus précise à nos objectifs de travail. De ce fait, nous nous sommes fixés une période d'adhésion qui a pris essentiellement en considération les années 1998, 1999 et 2000. Nous avons alors abouti à un panel de 197 familles adhérentes, de situations personnelles et professionnelles différentes (célibataires avec ou sans enfant, mariés avec ou sans enfant, salariés, retraités, sans activité...) et de lieux géographiques divers (Saint-Laurent, Saint-Nicolas et autres villes).

Nous avons regroupé ces données en fonction de différents paramètres : lieu de résidence, âge, composition du noyau familial... et de ce fait, nous les avons retranscrit dans différents tableaux récapitulatifs.

1.1) Présentation du panel

Nombre de famille en fonction de leur résidence :

Lieu de Résidence	Nombre de Famille	Pourcentage
Saint-Laurent	41	20,81 %
Saint-Nicolas	89	45,18%
Autres Lieux	67	34,01%

Nous pouvons constater que ce panel de 197 familles adhérentes à la C.S.F. est, en majeure partie, constitué de résidents de Saint-Nicolas à 45,18 %. Les deux autres lieux de résidence ne sont pas moindre non plus et sont également très représentatifs des adhérents de la C.S.F.

Tranche d'âge (âge du chef de famille)

Tranche d'âge	Nombre de Personnes	Pourcentage
De 0 à 19 ans	0	0 %
De 20 à 39 ans	51	25,89 %
De 40 à 59 ans	75	38,07 %
De 60 à 74 ans	51	25,89 %
75 ans et plus	2	1,01 %
Pas de réponse	18	9,14 %

La C.S.F. possède en son sein des adhérents de tous les âges. Nous les avons répartis en fonction de tranches d'âges bien déterminées :

- 0-19 ans
- 20-39 ans
- 40-59 ans
- 60-74 ans
- 75 ans et plus

En ce qui concerne le panel sur lequel nous avons travaillé, la majeure partie des familles inscrites à la C.S.F. ont entre 40 et 59 ans, puis viennent ensuite les 20-39 ans et les 60-74 ans. Sachant que ces mêmes tranches d'âges représentent essentiellement l'âge du chef de famille.

Situation Familiale

Situation Personnelle	Nombre de Personnes	Pourcentage
Célibataire	10	5,10 %
Familles Monoparentales	24	12,18 %
Marié	107	54,31 %
Divorcé	8	4,06 %
Vie Maritale	11	5,58 %
Veuf	13	6,59 %
Pas de réponse	24	12,18 %

En ce qui concerne la situation personnelle des adhérents de la C.S.F., plus de 54 % des personnes sont mariées, viennent ensuite, et cela de manière largement minoritaire, les familles monoparentales, les célibataires, les veufs, les divorcés... qui représentent en totalité un peu plus de 33 % des adhérents.

Nombre de personnes au sein du foyer

Taille du Foyer	Nombre de famille	Pourcentage
1 personne	42	21,32 %
2 personnes	48	24,36 %
3 personnes	28	14,21 %
4 personnes	25	12,70 %
5 personnes	31	15,74 %
6 personnes	14	7,11 %
7 personnes	1	0,5 %
8 personnes	1	0,5 %
9 personnes	2	1,02 %
10 personnes et plus	0	0 %
Pas de réponse	5	2,54 %

Le tableau représente le nombre de personnes au sein du foyer et nous permet de définir la composition du noyau familial.

Dans la taille du foyer comprenant une personne, nous y retrouvons en majeure partie les célibataires, les divorcés et les veufs. Mais les familles les plus représentatives de la C.S.F. sont en majorité des familles composées de 2 personnes avec 24,36 %. Les foyers de 3, 4, 5 voire 6 personnes représentent à eux seuls près de 50 % des adhérents de la C.S.F.

Situation Professionnelle (situation du chef de famille)

Situation Professionnelle	Nombre de personnes	Pourcentage
Salarié	78	21,37 %
Situation précaire (Sans emploi, Saisonnier, CES, RMI, AAH...)	71	19,45 %
Retraité	81	22,19 %
Pas de réponse	135	36,99 %

Vis-à-vis de ce tableau, nous pouvons seulement constater que la C.S.F. possède très peu de données en ce qui concerne la situation professionnelle du chef de famille (près de 37 % de non-réponses).

En revanche, il y a une légère équivalence entre les adhérents retraités, les adhérents salariés et les adhérents en situations précaires.

Fréquentation à la Confédération Syndicale des Familles au sein du noyau familial

Nombre de personne par famille	Fréquentation Adultes	Pourcentage	Fréquentation Enfants	Pourcentage
1 personne	62	31,47 %	23	11,67 %
2 personnes	8	4,06 %	8	4,06 %
3 personnes	-	-	7	3,55 %
4 personnes	-	-	1	0,51 %
Pas de réponse	127	64,47 %	158	80,21 %

Tout comme dans le tableau précédent, la C.S.F. possède très peu de données en ce qui concerne la fréquentation par personne et cela en fonction du noyau familial.

En moyenne, nous constatons qu'au moins un adulte et/ou un enfant au sein du noyau familial fréquente la C.S.F. et cela dans les différents ateliers qu'elle propose (soutien scolaire, informatique, couture, atelier conso...) et que cette fréquentation se fait en fonction de leurs besoins, de leurs désirs, de leurs attentes personnelles...

Panel des familles adhérentes à la Confédération Syndicale des Familles

Sur le panel de départ comprenant 197 familles adhérentes à la C.S.F., nous avons retenu 38 familles en nous rapprochant au maximum de la nomenclature de l'INSEE. Ces 38 personnes, de situations personnelles et professionnelles différentes (célibataires avec ou sans enfant, mariés avec ou sans enfant, salariés, retraités, sans activité...), venant de lieux géographiques divers (Saint-Laurent, Saint-Nicolas et autres villes) constitueront l'échantillonnage sur lequel sera élaboré le questionnaire sur le thème de la parentalité.

2) PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Villes	Sexe	Age	Situation prof.	Situation matri.
Saint Laurent	Femme	20-39	Précaire	Monoparentale
	Femme	40-59	Salariée	Monoparentale
	Femme	40-59	Salariée	Mariée
	Homme	60-74	Retraité	Marié
Saint Nicolas	Femme	20-39	Précaire	Mariée
	Femme	40-59	Précaire	Monoparentale
	Femme	40-59	Salariée	Mariée
	Homme	20-39	Précaire	Célibataire
	Femme	60-74	Retraitee	Mariée
	Femme	40-59	Salariée	Mariée
	Homme	60-74	Retraité	Célibataire

3) PRESENTATION DU CANEVAS D'ENTRETIEN

Entretien n° :

Réalisé par :

Nom de l'interviewé et statut :

Date :

Heure de début d'entretien :

Heure de fin d'entretien :

Lieu :

Personnes présentes :

Penser à :

Bien lire la problématique de l'entretien avant de commencer un entretien pour être clair, préparer également les entretiens afin d'être « carré » lors de l'entretien.

Tester le magnétophone avant l'enregistrement (pile, cordon secteur, cassette, etc.).

Avoir une montre pour ne pas dépasser le temps prévu (1H00).

Dire sur la bande : « entretien avec Mr et Mme Untel ; leà

Présentation de la recherche :

Argumentaire : garantir l'anonymat de l'enregistrement et l'obtention de la version de la retranscription.

Se présenter (son nom), stagiaire éducateur, militant de la CSF, conduit une enquête sur le thème de la santé des habitants du quartier des nouvelles résidences de Saint Laurent / Saint Nicolas en partant du constat que généralement on ne prend pas en compte la parole des habitants sur le thème de la santé on va essayer de voir quels sont les problèmes et quelles sont les solutions à apporter à ces problèmes.

Cette enquête fera l'objet d'un travail public.

I) Les définitions et les représentations et le rapport à la santé et du bien-être.

- Quand on parle de santé qu'est ce que cela évoque pour toi?
(si la personne a du mal répondre on peut lui proposer une définition)

-Quelle importance accordes-tu à la santé ??

- Quand tu ne vas pas bien que fais-tu ? (Qu'est ce que tu fais ?)

II) La relation au système de santé

- Quelles difficultés rencontres-tu au niveau de la santé pour toi et ta famille dans le quartier ?⁸

- Penses-tu toujours avoir les moyens⁹ de te soigner ?

- Quelle est ta couverture sociale ?

- Connais-tu tes droits en matière de santé ?

- Le système de protection sociale te semble-t-il juste ? Est-il bien organisé ?

- Parles nous des équipements de santé ?¹⁰

- Te semblent-ils suffisants ?

III) Les besoins en matière de santé

- Crois-tu qu'il y aurait des améliorations à faire au niveau de la santé dans le quartier ?

- Quelles actions voudrais-tu qu'on développe ?

Est ce que la création d'un centre de santé de proximité te semble utile ?

Que souhaiterais-tu y trouver ? Et l'utiliserais tu ?

⁸

⁹ Matériel, géographique, financier.

¹⁰ Sur le quartier comme par exemple au niveau de l'accueil, de l'information...

Accepterais tu de participer à la création de cette structure ?

As-tu autre chose à dire pour compléter l'entretien ?

4) FICHE D'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES SUR LA SANTE

Une fiche par entretien : Qui ? Mots clefs ? idées générales ? Fiche qui présente de façon précise les analyses :

Quelques conseils : bien lire et surligner

N'hésitez pas à relever des citations qui illustrent les réponses. (on aura besoin de phrases pour l'étape d'écriture)

On peut noter dans une fiche (à côté) des phrases entendues ailleurs qui illustreraient aussi les questions.

Caractériser la personne, âge, sexe, fonction, ou situation

I) Les définitions et les représentations et le rapport à la santé et du bien-être. (Version du questionnaire retravaillé après les entretiens exploratoires du jeudi 17 Janvier 2002

- Quand on parle de santé qu'est ce que cela évoque pour toi?
(si la personne a du mal répondre on peut lui proposer une définition)

-Quelle importance accordes-tu à la santé ?

- Quand tu ne vas pas bien que fais-tu ? Vers qui te tournes-tu ?

II) La relation au système de santé

- Quelles difficultés rencontres-tu au niveau de la santé pour toi et ta famille dans le quartier ?

- Penses-tu toujours avoir les moyens¹¹ de te soigner ?

- Quelle est ta couverture sociale ?

¹¹ Matériel, géographique, financier.

- Connais-tu tes droits en matières de santé ?
- Le système de protection sociale te semble-t-il juste ? Est-il bien organisé ?
- Parles nous des équipements de santé ?¹²
- Te semblent t'il suffisant ?

III) Les besoins en matière des santé

- Crois-tu qu'il y aurait des améliorations à faire au niveau de la santé dans le quartier ?
 - Quelles actions voudrais-tu qu'on développe ?
 - Est ce que la création d'un centre de santé de proximité te semble utile ?
 - Que souhaiterais-tu y trouver ? Et l'utiliserais tu ?
 - Accepterais tu de participer à la création de cette structure ?
- As-tu autre chose à dire pour compléter l'entretien ?

¹² Sur le quartier comme par exemple au niveau de l'accueil, de l'information...

5) PREMIER ESSAI DE TYPOLOGIE

Suite à la séquence du vendredi 18 janvier 2002, nous avons esquissé un premier essai de typologie. Il s'agissait dès lors de relire les entretiens et de classer **les unités de sens** à l'intérieur des différentes **catégories**. Nous verrons, ensuite et en fonction de leur poids (nombre d'unité total) si nous reclassons les catégories dans un ordre décroissant (du nombre d'unité le plus grand au plus petit).

I) Les définitions, les représentations et le rapport à la santé et au bien-être. (Version du questionnaire retravaillé après les entretiens exploratoires du jeudi 17 Janvier 2002).

1) Quand on parle de santé qu'est ce que cela évoque pour toi ?

(si la personne a du mal à répondre on peut lui proposer une définition)

Le bien être physique : E2 ; E8 ; E9 ;

Le bien être moral : E5 ; E7 ; E1 (Etre en mauvaise santé c'est être seule et triste E7)

Bien être physique et moral

E3 ; E6 ; E10

- **C'est savoir qu'on est malade** E1

2) Quelle importance accordes-tu à la santé ?

Importance d'avoir la santé(c'est précieux)

E1 ; E2 ; E3 ; E7 ; E5 ; E6 ; E8 ; E9 ; E10

C'est précieux (7)

C'est important (7) (E6)

C'est prioritaire (5)

3) Quand tu ne vas pas en connais-tu les raisons ?

Oui :E5 E2 E8 E7

Oui et non : E1 ; E10 ;E3 ; E9

4)- Vers qui te tournes-tu ?

Pratique en réseau (Débrouille - type Automédication) : Moi-même, amis, pharmacie personnelle :E6, E8, E3 ; E10 ; E5

Recours au médecin ou au spécialiste : E9, E3, E8,

Personne : E2 ; E1

Hôpitaux : E7 ; E3
Pompiers : E5,
Police : E5,
CMPP : E8

II) La relation au système de santé

1) Quelles difficultés rencontres-tu au niveau de la santé pour toi et ta famille dans le quartier ?

Le sentiment de ne pas être écouté et soutenu :

Absence de lieu et de personnes pour parler de nos difficultés : E2, E1

Pas de soutien : E9

Pas d'accompagnent : E9

Le manque de confiance envers les professionnels de la santé et du social (par peur du jugement.)

Le médecin ne prend plus le temps de nous écouter : E10 ; E1 ; E6 ; E9 ; E8

Incompétence des médecins(pour écouter) : E8

Le refus d'aller voir les travailleurs sociaux : E1

La peur d'aller raconter ses problèmes aux travailleurs sociaux : E1

Difficultés à trouver un bon psychologue : E8

Des structures inadéquates et éloignées.

Pas assez d'information pour les futures mamans : E5 ; E9 ; E8 ;

Les horaires inadaptés des spécialistes : E9 ; E8

Des difficultés a obtenir des rendez-vous : E3

Pharmacie trop loin pour le personnes à mobilité réduite : E7

Le manque de proximité des spécialistes et hôpitaux: E5

Problème des pharmacies de garde : E3

Un dentiste pas hygiénique : E3

Centre médical « froid » E10

Problème de mobilité pour les personnes handicapées. (liés à des problèmes financiers) : E7 ; E10

Manque de solidarité : E7,

2) Penses-tu toujours avoir les moyens¹³ de te soigner ?

¹³ Matériel, géographique, financier.

Pour les problèmes somatiques :

OUI

Oui : E7, E2, E3

Oui mais si couvert par la CMU : E8

NON

Non c'est cher : E9

Non pas toujours : E1

Non car soit les mutuelles ne prennent pas tout en compte ou ne sont pas abordable pour tous soit inadaptées : E8 ; E7

Cela dépend si j'ai les moyens ou pas : E5

Si la carte vitale fonctionnait vraiment (sans faire d'avance) il y aurait davantage de gens qui iraient se soigner E3

Problèmes psychologiques:

Non : E2

3) Quelle est ta couverture sociale ?

CMU : E8 ; E 10 ; E1 ;

Sécu militaire + Mutuelle : E3

CPAM + Mutuelle : E2 ; E9 ; E5 ; E7, E6

4) Connais-tu tes droits en matières de santé ?

Oui : E8, E2

Non ;

Pas tout ou pas trop : E10 ; E1 ; E3 ; E7 ; E5 ; E6 ; E9

5) Parles nous du système de santé.

Le problème d'une médecine à deux vitesses :

Il a des médecins et des hôpitaux qui sont pas agréables qui mettent les gens mal à l'aise car il y un problème de discrimination riches et pauvre : E7, E9 ; E10 ; E8 ; E6

Autres :

C'est avoir une Sécu et une mutuelle E5

Il y a eu une grande avancée mais il faut encore faire des progrès E2

Manque d'infirmière dans les lycées E3

6) Le système de protection sociale te semble-t-il juste ?

Non : E9 ; E3 ; E1 ; E6 ; E7 ; E8 ; E 10

Le coût :

Avance des frais : E5 ;

Manque de gratuité : E7

Dépassement des honoraires : E8

Les problème de seuil pour accéder à la CMU : E1

Le problème du faible remboursement de certaines prestations médicales onéreuses : E8

Non car les mutuelles ne sont pas abordable pour tous E8

Longueur de l'administration : E 7

Avec la carte vitale on devrait pouvoir payer directement (sans avance) E3

Oui E2

Je ne sais pas E5

III) Les besoins en matière de santé

1) Crois-tu qu'il y aurait des améliorations à faire au niveau de la santé dans le quartier ? et Quelles actions voudrais-tu qu'on développe ?

Un accès pour tous à un système de protection sociale juste et équitable :

Elargir les plafonds RMI (qui permette d'accéder au CMU). E1

Un Lieu:

Ouvert 24/24

Gratuit

Prévention information et formation:

Informations : (Drogue ; SIDA ; alcool). E3

Création d'un centre d'information spécialisé en santé physique et morale :
E5 ; E10 ; E7

Des informations pour les jeunes et moins jeunes: E5, E3 ; E7 ; E8

Lutter contre les préjugés des jeunes envers les travailleurs sociaux (AS)
E10

Prévention Formation : E5, E6

Intervention dans les écoles E3 ;

Des actions d'éducation en direction des jeunes. E6

Formation à la santé par le théâtre E1

Lieu d'éducation à la santé E1

Action en direction des dépendances E5 ; E3

Lieu d'écoute anonyme : E2 ; E10 ; E7 ; E8 ; E1 ; E6

Un lieu de rencontre quand il y a un mal-être.

Création d'un centre soins E9

Un lieu où trouver des médicaments de première urgence (sécurisé). E3

Des personnes qui dispensent des petits soins : E9 ; E8

Mini Hôpital (annexe) : E8

Pas de système à deux vitesses : petit centre de soins d'urgence (différent d'une annexe de l'hôpital) avec une personne en permanence E2.

Autres :

Action d'aide des personnes aux personnes (Entraide et solidarité) E7

Mise en place de médiateur santé E10

2) Est ce que la création d'un centre de santé de proximité te semble utile ?

Oui : E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10

3) Que souhaiterais-tu y trouver ? Et l'utiliserais tu ?

Une écoute (Un psy,) une écoute neutre : E5 ;

Un service d'écoute téléphonique E3

Avec du personnel paramédical : orthophoniste, kiné E8 et E1

Faire des photocopies E1

Faire des réunions : E9

Par curiosité : E3

Des informations sur les ressources du quartier en matière de quartier : E5

4) Accepterais tu de participer à la création de cette structure ?

Oui : E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10

6) TYPOLOGIE DEFINITIVE

I) Les définitions, les représentations et le rapport à la santé et au bien-être.

1) Quand on parle de santé qu'est ce que cela évoque pour toi ?

On observe une réelle conscience du rapport entre un état psychologique et la maladie

1.1) C'est bien être physique et moral (39)

E1(*5) E2 (*11) ; E3 (*1) ; E6 (*4) ; E8 (*7) ; E9 (*4) ; E10(*7) ;

« La santé pour moi c'est le bien être physique et moral », « il faut d'abord qu'elle soit bonne la santé pour avoir du moral »

« Un mal-être peut participer au déclenchement d'un réel maladie ».

« Pour quelqu'un qui est vraiment malade, si cette personne ressent du bonheur, je pense qu'elle peut arriver à s'en sortir, si elle a un entourage qui ne va pas bien non plus » elle n'arrivera pas à s'en sortir »

1.2 Seul Le bien être moral : (11)

E1 (*6) ; E5 (*4) ; E7 (*1);

2) Quelle importance accordes-tu à la santé ? (18)

Importance d'avoir la santé(c'est précieux C'est prioritaire).

E1 (*1); E2 (*1); E3 (*4); E5 (*1) ; E6 (*3) ; E7 (*1) ; E8 (1) ; E9 (*3); E10 (3)

« Quand on a la santé le reste on s'en fout »

« Bah beaucoup, surtout quand on l'a perdu »

« c'est primordial, quand même »

« Si on a pas la santé on ne peut plus travailler »
« un malade c'est ma priorité »
« La France est mal placée pour l'utilisation des savons et des dentifrices ».
« La santé c'est tout, c'est important, la santé des gens c'est précieux, ma santé c'est précieux »

3) Quand tu ne vas pas bien en connais-tu les raisons ?

Oui : (6)

E2 (*1) ; E5 (*3) ; E7 (*1) ; E8 (*1)

Oui et non (5)

E1 (*1) ; E9 (*3) , E10 (*1)

« Quand on a des soucis particulier on sait pourquoi on est pas bien »
« il y a toujours un fait déclencheur »
« quand je vis mal dans le quartier »

« on connais pas toujours les raisons, des fois c'est là dedans (en montrant la tête) pour savoir tout ce qui se passe dans la tête, mais on a quand même une petite idée »

4)- Vers qui te tournes-tu ?

Les gens se tournent soit vers leur médecin (ou spécialiste) et font état dans des proportions intéressantes, de pratique d'automédication, de débrouille, de réseau

4.1) Recours au médecin ou au spécialiste : (15)

E1(*1) ; E3(*1), E5 (*1) ; E6 (*1) ; E8 (*2) ; E9 (*7), E10 (*2)

« vers le médecin généraliste, vers les spécialistes.....etc. »

« Si je n'arrive pas je n'arrive pas à me secouer moi, y'a le médecin »

4.2) Pratique en réseau (Débrouille - type Automédication) : Moi-même, amis, pharmacie personnelle : (14)

E1 (*1) ; E3 (*2) ; E5 (*3) ; E6 (*3), E7 (*1) ; E8 (*1) ; E10 (3)

« Ben ben moi quand ça va pas c'est directe ma mère, parce qu'elle vachement ouverte (répétée deux fois dans l'entretien).

« bah je me secoue moi même »

« si on connaît la cause on essaie d'y remédier soi même, si on ne la connaît pas, par contre on va voir un médecin »

« Moi je viens ici, (CSF) c'est le seul endroit pour ce genre de chose »

« j'ai souvent mal à la tête, j'utilise les médicaments de ma pharmacie, si c'est plus important je consulte un médecin généraliste et vraiment si c'est grave je vais aux urgences, c'est plus efficace ».

« On se regroupe en nous pour discuter des problèmes d'insécurité, et quand ça me rend malade je vais chez le médecin ».

4.3) Autres (12)

Personne : E1 (*1) ; E2 (*3) ;

Hôpitaux : E3 (*1); E7(3) ;

CMPP : E2 (*2) ; E8 (*1)

Pompiers : E5 (*1),

Police :E5 (*1),

II) La relation au système de santé.

1) Quelles difficultés rencontrées au niveau de la santé dans le quartier.

1.1) Le manque d'écoute - et particulièrement le manque d'écoute des professionnels (*43)

1.1.1) Le manque de confiance envers les professionnels de la santé et du social (par peur du jugement.) (23)

Le médecin ne prend plus le temps de nous écouter : (*17)

E1 (*2) E6(*8) : E8 (*3) E9 (*2) E10 (*2);

Le refus d'aller voir les travailleurs sociaux - La peur d'aller raconter ses problèmes aux travailleurs sociaux : (*6)

E1 (*5) ; E10 (*1)

1.1.2) Le sentiment de ne pas être écouté et soutenu : (20)

Absence de lieu et de personnes pour parler de nos difficultés : (16)

E1 (*4) ;E2 (*8) ; E10 (*4),

Pas de soutien : E9 (*1)

Pas d'accompagnent : E9 (*1)

Manque d'écoute : E10 (*2)

« Vous parlez à une AS elle ne vous écoute pas et à la limite, ça montre le truc hiérarchique, et c'est tout juste si on vous prend pas vos gosses »

Difficultés à trouver un bon psychologue : E8

« C'est hop ton ordonnance et tu dégages » « t'a pas le temps de dire pourquoi ça va pas »

« On y va on paye, on est client comme à Leclerc et on passe à la caisse »

« Les gens parce que l'on va demander une aide etc...voir Suzy »

« Il y a des gens qui préfèrent aller chez le médecin pour faire les vaccins plutôt que d'aller d'avoir affaire aux AS de la PMI »

1.2) Des structures inadéquates et éloignées. (*24)

Les horaires inadaptés des spécialistes : E8 (*3) ; E9 (*2)

Des difficultés à obtenir des rendez-vous : E3 (*4) ; E9 (*2)

Pas assez d'information pour les futures mamans : E5 (*2) ; E8 (*1)

Le manque de proximité des spécialistes et hôpitaux: E5 (*2) ; E10 (*1)

Problème des pharmacies de garde : E3 (*3)

Pharmacie trop loin pour les personnes à mobilité réduite : E7 (*1)

Un dentiste pas hygiénique : E3 (*1)

Centre médical « froid » : E10 (*1)

Problème de mobilité pour les personnes handicapées. (liés à des problèmes financiers) : E7 (*1)

« difficile d'avoir un rendez vous au centre médical » « c'est sur rdv, il n'y a pas de place, vous appelez quelqu'un d'autre ou vous revenez ultérieurement, quand on est malade, on ne peut pas revenir ultérieurement , la maladie c'est pas sur rendez vous »

« Quand on a pas à manger donc j'étais allé voir le médecin et il m'avait donné des boîtes, une par jour, alors on ouvre sa boîte et on se sent encore plus malade devant sa boîte, c'est des boîtes qu'on donne aux cancéreux et psychologiquement ça rend malade d'une autre façon ».

1.3) Autres :

Manque de solidarité : E7 (*1)

2) Le système de protection sociale

**2.1) Penses-tu toujours avoir les moyens¹⁴ de te soigner ?
Un sentiment d'une difficulté à avoir se soigner**

NON : (*17))

Non pas toujours : E1 (*1) E3 (*3)

Non car soit les mutuelles ne prennent pas tout en compte ou ne sont pas abordable pour tous soit inadaptées : E8 (*2) ; E7(*1)

Sauf si couvert par la CMU : E8 (*3)

Non c'est cher : E9 (*1) ;

« Non étant donné que j'ai fait la demande de CMU c'est que je n'ai pas les moyen »

Cela dépend si j'ai les moyens ou pas : E5 (*1)

Si la carte vitale fonctionnait vraiment (sans faire d'avance) il y aurait davantage de gens qui iraient se soigner E3(*5)

OUI (*2)

Oui : E2 (*1) E7(*1),

2.2) Quelle est ta couverture sociale ?

CPAM + Mutuelle : (*5)

E2; E9 ; E5 ; E7, E6

CMU : (*3)

E8 ; E 10 ; E1 ;

Sécu militaire + Mutuelle : E3

2.3) Connais-tu tes droits en matières de santé ?

Une connaissance partielle, le sentiment d'un manque d'information

2.3.1.) Pas tout ou pas trop :

¹⁴ Matériel, géographique, financier..

E1 ; E3 ; E5 ; E6 ; E7 ; ; E9 ; E 10

« Souvent faut passer 6 ou 7 fois pour avoir les bons renseignements...il faut avoir le temps et la force morale pour retourner là-bas (administrations) »
« pas d'information pour les futures mamans »

2.3.2) Oui :

E8, E2

« moi j'ai toutes les informations parce que je suis quelqu'un qui bouge, qui n'a pas peur d'aller taper aux portes pour avoir des renseignements, Pour avoir des aides, mais ce n'est pas à la porter de tout le monde, il y a des gens qui si ils ne sont pas soutenu moralement ou si ne sont pas aider, ne vont pas forcément bouger et seront mal renseigner.

2.4) Le système de protection sociale te sembles-t-il juste ?

2.4.1) Non : E1 ; E3 ; E6 ;E 7 ; E8 ; E9 ;E 10

Le problème d'une médecine à deux vitesses :

Il a des médecins et des hôpitaux qui sont pas agréables qui mettent les gens mal à l'aise car il y un problème de discrimination riches et pauvre :E7, E9 ; E10 ; E8 ; E6

Autres :

Il y a eu une grande avancée mais il faut encore faire des progrès E2

2.4.2. Le problème du coût est souvent évoqué :

Non car les mutuelles ne sont pas abordable pour tous E8 (*2) E1 (*1)

Dépassement des honoraires : E8 (*3)

Avance des frais : E5 (*2) ;

Manque de gratuité : E7 (*1)

Les problème de seuil pour accéder à la CMU : E1 (*1)

Le problème du faible remboursement de certaines prestations médicales onéreuses : E8 (*1)

Longueur de l'administration : E 7 (*2)

Avec la carte vitale on devrait pouvoir payer directement (sans avance) E3 (*1)

« mon fils quand j'ai du l'emmené à Dunkerque il voulait l'envoyer en ambulance (700F) enfin je l'ai emmené moi même, j'ai dû batailler pendant des mois pour avoir 200F/par jour »

III) Les besoins en matière de santé.

1) Crois-tu qu'il y aurait des améliorations à faire au niveau de la santé dans le quartier ? et Quelles actions voudrais-tu qu'on développe ?

1.1.) Un Lieu: Ouvert 24/24 ; Gratuit

1.1.1) De prévention, d'information et formation: (49)

De Prévention et Formation : (*31)

E5(*3), E6(*2)

Action en direction des dépendances E5 (*1) ; E3 (*18)

Intervention dans les écoles E3 (*3);

Des actions d'éducation en direction des jeunes. E6 (*2)

Formation à la santé par le théâtre E1(*1)

Lieu d'éducation à la santé E1 (*1)

d'Informations : (Drogue ; SIDA ; alcool). (*18)

E3(*2)

Des informations pour les jeunes et moins jeunes: E3 (*4) ; E5 (*1) ; E7 (*1) ; E8 (*1) ; E10 (*3).

Création d'un centre d'information spécialisé en santé physique et morale : E5 (*1) ; E7 (*1) ; E10 (*1);

Lutter contre les préjugés des jeunes envers les travailleurs sociaux (AS) E10 (*3)

1.1.2) Création d'un centre soins (23)

Création d'un centre de soins E9 (*1) ; E2 (*4)

Un lieu où trouver des médicaments de première urgence (sécurisé). E3 (*3)

Des personnes qui dispensent des petits soins : E8(*1) ; E9 (*1);

Mini Hôpital (annexe) : E8 (*2)

Pas de système à deux vitesses : petit centre de soins d'urgence (différent d'une annexe de l'hôpital) avec une personne en permanence E2 (*3)

Avec du personnel paramédical : orthophoniste, kiné E8 (*3)et E1 (*2)

1.1.3.) Lieu d'écoute anonyme : 13

E1(*2) ;E2 (*2); E3(*2) ; E7 (*1) ; E8 (*3) ; E10 (*1)

Un lieu de rencontre quand il y a un mal-être.

Une écoute (Un psy,) une écoute neutre : E1 (*1)E5 (*2);

1.1.4) Autres :

Un accès pour tous à un système de protection sociale juste et équitable :

Elargir les plafonds RMI (qui permette d'accéder au CMU). E1

Action d'aide des personnes aux personnes (Entraide et solidarité) E7

Mise en place de médiateur santé E10

Faire des photocopies E1

Faire des réunions : E9

Par curiosité : E3

2) Est ce que la création d'un centre de santé de proximité te semble utile ?

Oui : E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10

Des informations sur les ressources du quartier en matière de quartier : E5

4) Accepterais tu de participer à la création de cette structure ?

Oui : E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10

CHAPITRE III°) ANALYSE ET RESULTATS

1) LE RAPPORT A LA SANTE ET LA RELATION AU SYSTEME DE SANTE

C'est à la fois un manque d'écoute (et donc un besoin de communiquer) et un manque de confiance envers les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux qui ont d'abord été exprimés par la majorité des habitants interrogés quant aux difficultés rencontrées à l'intérieur du quartier .

Beaucoup déplorent à la fois le peu de temps que leur accorde leur médecin traitant : « chez le médecin , c'est limité , 12 minutes pas une de plus ! » mais aussi la qualité de la relation : « il n'écoute même pas ce que je pourrais lui raconter » ou « il est pas attentif » ,ou encore « il prêtait pas attention à nous , alors on s'est barrés ! » ou encore « t'as même pas le temps de dire pourquoi ça va pas , c'est hop ton ordonnance et tu dégages... » , certains dénoncent même une certaine forme de clientélisme : « on y va , on paye , on est client comme à Leclerc , on passe à la caisse ... » .

Quelques uns expliquent leur refus catégorique de s'adresser aux différents travailleurs sociaux par la peur d'être jugés et repérés en allant leur raconter des problèmes qui ne seront pas compris ou pas entendus: « les gens , parce qu'ils vont demander une aide , ils ont peur parce qu'on va dire , ah ben tiens , ils ont ça pour vivre par mois , comment ça se fait qu'ils ont besoin d'une aide , donc ils vont chercher , calculer , ils vont pas s'occuper qu'ils vont détruire toute une famille . Il y a donc des gens qui préfèrent ne pas demander d'aide , parce qu'après , ça remonte... » .

Au delà de cette peur du jugement , c'est l'intrusion du travailleur social dans la vie de la famille et surtout leur terrifiant pouvoir quant au placement des enfants qui sont clairement exprimés : « vous parlez à une assistante sociale , elle ne vous écoute pas et à la limite , ça monte le truc hiérarchique et c'est tout juste si on ne vous prend pas vos gosses ! » , « il y a plein de gens qui ne veulent pas aller à la PMI , ils disent qu'ils sont aptes à élever leurs enfants , c'est parce qu'il y a des assistantes sociales , et donc ils ne veulent pas qu'ils s'occupent d'eux , comme si elles s'intégraient dans leur foyer.

Le gosse qui va tomber et avoir un bleu et tout de suite , ça va monter là bas à l'UTASS et il y aura enquête et on dira qu'on l'a battu . Il y a des gens qui préfèrent aller chez le médecin pour faire le vaccin plutôt que d'avoir affaire à eux. ».

Ils ont connaissance de la présence de ces travailleurs sociaux sur le quartier , et de la possibilité de les consulter mais préfèrent aller chez le médecin dont ils déplorent cependant la faible disponibilité et le peu d'attention qu'il leur témoigne . Entre celui qui ne s'occupe pas assez d'eux et celui qui pourrait s'intéresser de trop près à leur vie et peut être y déceler ce qui lui paraîtra des failles sanctionnables par le retrait des enfants , ils optent pour le premier .

On peut donc penser que les représentations qu'ont les habitants du quartier des travailleurs sociaux sont tellement négatives qu'ils considèrent que le fait de se débrouiller seul sans alerter les gens ou services compétents (qui pourraient cependant accélérer le processus de résolution de leurs problèmes) est une façon de protéger leur famille .

Cette importance accordée à la famille pourrait donc être aussi considérée comme facteur de bien être moral dans la conception de la santé comme état complet de bien être physique et moral et social (définition de l'OMS), venant ainsi confirmer l'enjeu consubstantiel de l'interaction entre l'individu et l'environnement social .

Si l'on ajoute que cet état est un capital précieux qu'il s'agit de préserver et de valoriser , il s'avère que dans ce quartier , deux des stratégies développées pour le préserver sont la méfiance et la discrétion vis à vis des travailleurs sociaux ainsi que la décision de ne pas utiliser les dispositifs pourtant connus ...

Au travers des réponses qui mettent en évidence des carences (tant à un niveau humain que matériel en terme de lieu) au sujet de l'écoute , de l'accompagnement et du soutien dans le quartier , les habitants émettent le désir de communiquer , le besoin récurrent de se confier et d'être soutenu dans les moments difficiles . Une dame nous a fait part du désarroi et de la solitude qu'elle a ressentis quand elle a appris la maladie de son mari : « au moment où on vous dit que c'est une tumeur , on vous balance tout et on vous dit débrouillez vous ! » , une autre nous a expliqué que « c'est quelqu'un qui peut répondre à nos questions qu'il faut , quand on vient à la CSF , c'est bien mais on ne dit pas tout alors que si c'était quelqu'un qui a les compétences en ce domaine là , je pense qu'on arriverait à parler ... » .

Il semble que cela traduit un désir de qualité , de neutralité et d'humanité dans la relation avec les divers interlocuteurs du système de santé en général .

Au regard des différents entretiens menés , les personnes pointent également des difficultés de fonctionnement des structures . Tout d'abord , on peut constater des problèmes d'organisation , les horaires des spécialistes apparaissent inadaptés : « c'est sur rendez vous , il n'y a pas de place , vous appelez quelqu'un d'autre ou vous revenez ultérieurement ... »

De plus , le fait de prendre un RDV devient de plus en plus difficile : « ce qui est désagréable , c'est que vous appelez untel , il vous donne un RDV , c'est complet ou il faut rappeler » . Apparemment , il faut savoir attendre pour se soigner ...

Sur un plan différent , apparaît le manque d'information pour les futures mamans : « il n'y a pas d'infos pour les mamans , on ne connaît pas la PMI »

Après cet aspect préventif concernant la santé , les personnes interrogées évoquent des difficultés en rapport à la mobilité . Tout d'abord , un manque de proximité des spécialistes et hôpitaux : « il n'y a pas de spécialiste , on doit se déplacer en ville ou à l'hôpital ».

De plus , il n'apparaît pas évident de trouver la pharmacie de garde : « lorsqu'il y a une pharmacie de garde , on met tout simplement l'adresse , débrouillez vous et j'ai déjà demandé à la mairie un plan des pharmacies de garde , ce qui serait beaucoup plus simple pour les localiser , mais je ne l'ai pas obtenu ... » . Une personne à mobilité réduite pointe d'ailleurs ses difficultés d'accès à la pharmacie , du fait de son éloignement : c'est comme la pharmacie , elle est loin d'ici , ...ça fait loin ...c'est assez éloigné » .

Cette même personne évoque aussi les difficultés financières liées au déplacement . Pour finir , c'est un aspect relationnel difficile qui est évoqué .Il fut cité un dentiste pas hygiénique , un centre médical froid : « sinon , il y a le centre médical , mais c'est une sale ambiance et c'est pas basé sur le dialogue . »

Dans cette partie concernant la relation des personnes au système de santé , nous cherchions à comprendre le rapport entre les structures , leur accessibilité , et les personnes du quartier .

Il apparaît trois aspects au regard des résultats , quant au rapport entre les structures en place et les personnes en demande :

C'est le manque de structures de santé qui dérangent dans leur accès aux soins , problèmes d'horaires , difficultés à obtenir un RDV , manque d'information dans le cadre de la prévention.

En second lieu , c'est le rapport à l'implantation des structures qui pose problème à la population .L'éloignement géographique des structures engendre des difficultés de déplacement , d'accès ainsi que des dépenses inhérentes à la mobilité. L'accès aux soins est donc difficile pour les personnes du quartier du fait de l'éloignement géographique .

En dernier point , c'est l'aspect relationnel qui ressort dans cette analyse , un centre médical froid , un dentiste peu respectueux .

2) LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE

Ensuite, la question posée aux habitants était de savoir si les gens avaient les moyens de se soigner . Ces moyens pouvaient être matériels , financiers , géographiques ...

Quasiment toutes les personnes interrogées sur cette question ont exprimé essentiellement des difficultés financières .

Elles pointent de ce fait des limites dans le dispositif d'accès à la santé . Leurs préoccupations sont liées aux avances de frais qu'elles engagent pour se soigner et aux mutuelles . La mise en évidence de ce problème s'exprime de la manière suivante :

«on doit faire l'avance de frais , même si on a une mutuelle »

« il faut faire l'avance de frais , tout n'est pas couvert quand on est hospitalisé »

« soit les mutuelles ne prennent pas tout en compte ou ne sont pas abordables pour tous , soit elles sont inadaptées ».

Certaines personnes sont prêtes à différer leurs soins face aux obstacles financiers . Ainsi une personne nous dit : « si j'ai pas les moyens de me soigner , j'attendrai d'avoir l'argent pour me soigner , je me renseignerai pour avoir .

Durant nos entretiens , certaines personnes se sont exprimées également sur le manque de gratuité et proposaient des solutions pour faciliter l'accès aux soins : « j'aimerais au moins une aide , ils mettent une partie et moi une partie , c'est difficile quand t'as tout à payer et que t'as une petite pension . » « si la carte Vitale fonctionnait vraiment (sans faire d'avance) , il y aurait davantage de gens qui iraient se soigner »

Il est à préciser que deux personnes se sont exprimées positivement sur cette question en précisant toutefois qu'elles avaient la CMU .

Pour bon nombre de ces personnes , la question des moyens pour se soigner est essentiellement financière . On peut constater une disparité très nette des difficultés financières entre ceux qui relèvent de la CMU et les autres .

Ceux qui ont la CMU pensent avoir les moyens de se soigner tandis que ceux qui ne relèvent pas de la CMU du fait des plafonds de ressources soulèvent un problème majeur du régime de protection tel qu'il est institué .

Les avances de frais , l'absence du tiers payant et le manque de gratuité semblent donc constituer des frais dans la démarche d'accès aux soins des personnes .

En effet , même si la CMU complémentaire permet de lever des obstacles financiers , elle n'est attribuée que sous critère de ressource . Les personnes qui dépassent le plafond de ressources même légèrement doivent engager des frais pour se soigner , ce qui semble être le cas pour la plupart des personnes que nous avons questionnées .

A la question autour du système de santé en général , il s'agissait de connaître le sentiment des gens à savoir si il leur paraissait équitable .

Pour cette question , la quasi totalité des personnes qui se sont exprimées pensent que le système de santé tel qu'il est fait n'est pas juste , car il ne permet pas à tous d'accéder aux soins de la même manière et ce sont une fois de plus les difficultés financières qui sont évoquées .

Ainsi , elles pensent que : « les mutuelles ne sont pas abordables pour tous » , mais également que les avances de frais , la gratuité , les délais de remboursement représentent à leurs yeux les difficultés majeures dans les démarches de soins au quotidien . Le problème de seuil est également évoqué :

la CMU , c'est bien mais il y a des personnes qui devraient l'avoir mais comme ils dépassent de 10 ou 20 francs , ils ne l'ont pas et sont obligés de prendre une mutuelle ou alors il faut avoir une partie du RMI pour avoir la CMU , ça a l'air de dire aux gens , travaillez pas trop , vous aurez le RMI et comme ça, vous aurez la CMU .

Ce qui ressort de cette série de réponses est d'une part les difficultés financières et d'autre part il semblerait que la véritable injustice se situe au niveau des conditions d'attribution pour bénéficier de la CMU. La majorité de ces personnes ont des revenus modestes qui pourtant ne leur permettent pas d'accéder à la gratuité des soins . Dés lors , elles se retrouvent dans l'obligation de souscrire une mutuelle , ce qui ne les dispense pas d'avancer les frais pour se soigner . C'est donc bien à ce que le niveau de protection sociale est vécu pour eux comme injuste .

on peut constater que les 9 personnes qui ont suivi l'entretien , ont une couverture sociale , 5 d'entre eux ont la CPAM et la mutuelle , 3 ont la CMU et une personne a une sécurité militaire plus une mutuelle .

On peut constater que sur 9 personnes 7 ne connaissent pas leur droits en matière de santé , ils se plaignent de ne pas avoir assez d'information . Par contre 2 personnes connaissent leurs droits , car ils prétendent avoir les informations , liée à une volonté d'aller vers les personnes compétentes .

Le fait qu'il y ait 7 personnes qui ne connaissent pas leurs droits en matière de santé , je pense qu'il serait indispensable de mettre en place un lieu d'information afin que ces individus puissent être renseignés , orientés , conseillés en matière de santé .

L'analyse des différentes réponses de cette partie du questionnaire qui interrogeait les habitants dans leur rapport quotidien au système de santé vient confirmer et préciser les constats issus des précédentes enquêtes menées par la CSF (énoncés dans la problématique .) ...

Plus de 2/3 des personnes qui se sont exprimées sont bénéficiaires de la CMU et seraient considérés dans l'étude qu'a réalisé Alphonse Houtaud sur les rapports entretenus par chaque CSP à la santé et au soin , dans la catégorie des plus « précaires » . Celui ci , met en corrélation la notion de santé et celle de la valeur travail , se pose la question de savoir si le chômage prolongé est créateur des changements du rapport au corps .

La parole des habitants met en exergue un changement dans leur rapport au système et à ses représentants plus que dans leur rapport au corps .
L'envie individuelle de se soigner paraît présente voire très importante mais est parasitée par des difficultés matérielles , et par la peur de la stigmatisation .

3)LES BESOINS EN MATIERE DE SANTE

La pré-enquête consiste également à prendre en considération les demandes explicites formulées par les habitants. Les personnes interrogées proposent leurs idées en ce qui concerne les améliorations locales à apporter en matière de santé. Ils énoncent à la fois les objectifs à atteindre en matière d'information et de prévention, de qualité d'accueil et la réaffirmation du droit à la santé et aux soins des précaires.

Le positionnement des habitants laisse apparaître de nombreuses préoccupations. En effet la création d'un centre de santé de proximité serait prioritairement un lieu d'écoute, d'information et de formation.

La question liée aux conduites addictives en est un élément prépondérant :

« Il faudrait faire de la prévention par rapport au sida, à la drogue et au tabac », « beaucoup de gens boivent et fument dans le quartier, il faudrait les aider ... ». Etre informé et formé sur les différentes drogues est une préoccupation qui touche de nombreux individus.

C'est dans ce cadre qu'une forte demande d'information « pour les jeunes et les moins jeunes » serait à envisager.

Consubstantiellement, la lutte contre le sida prend une forte importance dans l'esprit des habitants : « il faudrait rappeler que le sida existe, qu'il y a des précautions à prendre, c'est trop souvent oublié ». Ainsi la population des jeunes semble être une cible à privilégier en matière de prévention, d'information et de formation.

Ces différents aspects montrent que les demandes rejoignent les bases de la santé publiques posées par la charte d'Ottawa qui distingue les différents niveaux d'intervention :

- Une politique publique saine
- Création d'un milieu favorable

- Renforcement des actions de communication
- Acquisition d'aptitudes personnelles
- Réorientation des services de santé.

A la question, souhaitez-vous qu'un centre de santé de proximité se crée dans le quartier, la totalité des individus ont répondu positivement. En effet, les besoins exprimés sont multiples : « un petit centre de soins, pour les premiers soins, accessible pour faire un point de suture, désinfecter les plaies... », « des personnes qui font les pansements », « des médecins compétents qui pourraient soigner les gens qui n'ont pas la possibilité de se rendre à l'hôpital afin d'avoir les mêmes avantages ». De plus on ressent une forte demande de soutien « psychologique pour les enfants mais aussi pour les parents ».

Un autre élément intéressant est apparu dans certains entretiens. Il semble marquer le souhait de ne pas « tomber dans le piège du système de santé à deux vitesses ». En d'autres termes, les habitants sont conscients du clivage que pourrait créer un centre de soins pour les « pauvres ». Cette préoccupation montre bien le regard que les habitants, de ces deux quartiers, portent quant à leur sentiment d'exclusion du droit à la santé pour tous.

Par ailleurs il faut rappeler que la santé est la résultante de l'état qui « engage à la fois l'individu et la société »(UNAF, Réalités familiales). La valorisation du capital santé vient ré interroger les inégalités économiques, sociales et culturelles.

Ce lieu d'accueil doit, tout d'abord, être ouvert à tous et gratuit. Les personnes interrogées souhaitent que cet endroit ne soit pas un outil de stigmatisation à leur égard comme peuvent l'être d'autres structures.

Pour cela, le centre de soins doit respecter l'anonymat afin que les personnes ne craignent pas de se confier ou d'exprimer leurs difficultés auprès d'un thérapeute par exemple. Nous avons retenu quelques extraits illustrant leur volonté :« Oui ce serait bien ce lieu d'écoute (...) mais pas une annexe de l'hôpital ou un service (...) quand il y a un mal-être, que la personne puisse aller à la rencontre de quelqu'un. »(E2)

Il faudrait également que cet endroit soit composé de « gens qui seraient à l'écoute des problèmes de certains jeunes » (E3)

Hormis cette demande d'égalité, d'anonymat et de confidentialité, d'autres aspects des besoins locaux sont exprimés à travers leurs entretiens.

En premier lieu la question de l'équité et de l'égalité des droits en matière de santé apparaît comme un leitmotiv commun à l'ensemble des revendications. La volonté générale porte sur un accès pour tous au système de protection sociale tout en garantissant la qualité des prestations. Pour cela certaines personnes proposent d'élargir les plafonds des minima sociaux. On retrouve cette idée dans plusieurs entretiens : « On pourrait l'élargir, y a des gens qui préféreraient toucher le RMI (...) ce qui fait qu'ils aident dans un certain sens les gens à ne vouloir rien faire, après il y a ceux qui travaillent et ils perdent leurs avantages » (E1)

Beaucoup d'habitants de ce quartier se sentent lésés par le système de protection sociale mais aussi par les dispositifs d'accès à la santé. Certains d'entre eux souhaitent que les acteurs de la santé s'attachent davantage à la qualité des relations avec les patients ou plutôt avec les habitants : « Déjà rien que ça il faudrait peut-être essayer d'améliorer leur image (...) peut-être que les gens iraient plus facilement les voir ! Et je pense que ça irait déjà un peu mieux... » (E10), ce qui conviendrait à la mise en poste d'un médiateur de santé. Par ailleurs ils tiennent à ce que leur parole soit entendue. Pour cela ils veulent participer aux réunions de cette structure : « On pourrait l'utiliser pour faire aussi des réunions, une fois ce serait pour le diabète, une fois ce serait pour autre chose » (E9)

Une étude d'Alphonse Houtaud (*Guide Santé Précarité*) illustre les rapports qu'entretiennent les ouvriers et les agriculteurs en ce qui concerne leurs accès à la santé et aux soins. Il en ressort une traduction commune signifiant que « ne pas être malade » revient à « être en bonne santé ». La santé apparaît alors comme la plus grande des richesses car elle permet d'accéder ou de conserver un emploi.

En cela la valeur travail est liée à une bonne santé. Pour les précaires la question se pose différemment puisqu'ils ont peu accès aux soins et entretiennent donc un rapport au corps différent puisque partiellement dévalorisé, exclu du travail (rémunéré).

Lorsque l'on interroge les personnes sur l'utilité de la création d'un centre de santé de proximité il apparaît que cette implantation serait vécue comme bénéfique pour le traitement des problèmes spécifiques du quartier. Néanmoins les personnes ont pointé la question paradoxale d'une médecine à deux vitesses qu'il ne faudrait pas reproduire dans cette structure.

Ainsi à la question de leur participation à la création de ce centre, la majorité y est favorable, exprimant par ailleurs la volonté de donner du temps : « Je donnerai de mon temps quand je le pourrai ... », « Je donnerai ce que je pourrai donner ». Cette participation serait vécue comme une démarche active de la population du quartier par son implication dans les différentes étapes du projet, débats, actions ...

Cette volonté de participation et d'implication rappelle les expériences d'actions communautaires, dont les principes reposent à la fois sur la prévention, la lutte contre l'exclusion sociale par la mise en exergue des formes d'organisation collectives dans un même espace territorial (cf., S.Schapman, in *La santé de l'homme*, n°351, 2001.)

La place des acteurs porteurs de changement sociaux pourrait être valorisée au sein de cette structure de proximité.

CONCLUSION

S'intéresser aux systèmes de soin et de santé d'un territoire c'est s'appropriier, pour le comprendre et l'analyser, le quotidien des habitants et des familles d'un espace déterminé.

C'est également, au travers de la prise en compte de l'accessibilité des structures existantes et de l'usage qui en est fait, travailler à l'objectivation d'un phénomène micro-sociologique.

Dès lors, la recherche action semble être l'outil de conscientisation le plus pertinent.

Cette enquête a été bâtie en utilisant les pédagogies participatives et particulièrement celle de Paolo FREIRE. Ainsi, nous sommes restés soucieux de laisser les militants de la CSF gérer l'ensemble de la recherche et de se l'approprier. Notre intervention aura été axée sur une implication active, un soutien et un apport technique.

Il permet en effet de cerner les préoccupations de la population de l'espace considéré afin d'y répondre au mieux.

En effet, partant du principe que chaque individu entretient un rapport qui lui est propre aux dispositifs de soin, il est nécessaire, pour mieux appréhender ce rapport à la santé, de considérer le quotidien des gens, les interactions familiales et la vie de leur quartier.

C'est le but que se sont fixé les collaborateurs de cette pré-enquête: tenter d'approcher tant que possible les réalités quotidiennes du quartier des nouvelles résidences de Saint Nicolas et Saint Laurent Blangy, afin de permettre une lecture analytique des besoins ressentis par la population en termes d'accès à la santé et aux soins.

Partant des constats de terrain effectués par les militants de la CSF, il s'agissait donc de réfléchir à la pertinence de la création d'un centre de soin et de santé de proximité, sur le quartier des nouvelles résidences.

Ces constats n'étaient pas pures impressions puisqu'ils trouvaient un appui dans une enquête réalisée en 1996, qui mettait en évidence certaines difficultés quant à l'accès aux soins sur ces zones.

Il était donc nécessaire de tenter de définir le plus précisément possible la nature de ces difficultés afin d'être à même d'envisager des solutions appropriées.

L'analyse a donc porté sur dix entretiens qui ont permis de mettre en évidence que, dans un certain nombre de cas, les difficultés rencontrées en ce qui concerne l'accès aux soins sont de nature financière.

Il semble donc que la mise en place de la CMU et les lois de 1998 relatives à la lutte contre les exclusions n'aient pas permis d'atteindre la qualité souhaitée en matière de soins.

Cela s'explique par le fait que le principe du plafonnement des ressources limite l'accès à ce dispositif. De nombreuses personnes se voient donc contraintes de souscrire à une mutuelle complémentaire.

Par ailleurs, le simple fait de pouvoir être amené à avancer le montant des frais médicaux, notamment à l'occasion de consultations de spécialistes, constitue indéniablement un frein financier.

Le travail effectué dans le cadre de ce rapport nous a également permis de discerner un second ordre de difficulté: le manque de proximité des structures médicales.

Sachant que la proximité, si elle peut et doit être géographique, doit également être symbolique, on s'aperçoit sans peine qu'un simple déplacement de ces structures ne suffira pas à résoudre le problème.

Du fait de l'éloignement géographique, c'est le principe d'égalité de l'accès aux soins et à la santé qui est ici en jeu.

Par ailleurs, la distance symbolique, qui existe entre les habitants et les professionnels exerçant dans ces structures, a pour conséquence une désertion des structures existantes par les populations qui pourraient en bénéficier.

En effet, il est également apparu que le rapport que les habitants entretiennent au corps médical a une dimension essentiellement financière.

Ils s'estiment en effet davantage considérés comme des clients que comme des patients. La conséquence de ce rapport est que les habitants estiment à peu de choses la considération que le corps médical a pour leurs préoccupations.

De cette distorsion est né un besoin d'écoute et de dialogue. Ce besoin est omniprésent dans le discours des habitants qui, à l'unanimité, réclament dialogue, informations mais aussi soutien psychologique.

Les conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme, tabagie) figurent en tête des préoccupations recensées, ainsi que les moyens de les prévenir.

La prévention en ce domaine requiert à la fois informations et dialogue, rejoignant en cela ce qui a été dit plus haut.

De ce fait, la création d'un centre de soins et de santé de proximité semble pertinente dans la mesure où les habitants auraient la possibilité d'y être associés en tant qu'acteurs.

En effet, nous avons rencontré au cours de nos travaux l'assentiment général des enquêtés dès qu'il a été question d'une participation active des habitants à la création et au fonctionnement de ce centre.

Cette volonté illustre à quel point les habitants se sentent impliqués ou voudraient se sentir davantage impliqués dans ce qu'ils considèrent comme une de leurs premières préoccupations: la santé.

Dès lors, il serait à tout le moins judicieux de ne pas priver les habitants d'une implication directe dans un processus qui pourrait avoir comme conséquence, outre un accès facilité au dispositif de soin, de recréer un lien distendu avec le corps médical.

Cette création serait ainsi génératrice d'une revalorisation de la population et de son quartier, fédérée autour d'un projet commun.



ANNEXES

**Entretien avec Mme Cavory jeudi 16 janvier 2002
(Marie-Ange, Stéphanie et Peggy)**

**Participation de Mme Cavory à l'université d'été organisée par la CSF
(été 2001) sur thème de la parentalité**

Contexte.

Mme Cavory a participé à l'université d'été, en collaboration avec les habitants et les militants de la CSF, sur le thème de la parentalité, ceci venant à la suite du phénomène observé de grande souffrance des personnes issues des différents quartiers .

Il existe un réel besoin d'écoute.

Les caractéristiques retenues pour les participants étaient d'être allocataires du RMI.

Dans ce cadre, une animatrice de la CSF, Nicolas et Jacqueline Cavory ont organisé la préparation de ces journées par des discussions portant sur la parentalité. En pratique, des animations, des jeux de rôles, etc, ont été mis en place.

Quelques constats

Les parents ne sont pas prêts à être « démissionnés » par les différents acteurs intervenants dans la vie de leurs enfants (enseignants, travailleurs sociaux). Au nom d'une connaissance « académique » (supérieure) ils sont dépossédés et culpabilisés. En résumé, ces parents ne sont pas de « bons parents » puisque les difficultés que rencontrent leurs enfants leur sont plus ou moins reprochés.

Mme Cavory précise, par exemple, que lorsqu'un enseignant donne un rendez-vous aux parents, on leur reproche toujours quelque chose. Ils sont, de fait responsables alors qu'un même rendez-vous pourrait être l'occasion de faire le point sur les progrès de l'enfant.

Les enfants les adolescents qui ont des troubles de comportement, reçoivent plus de réponses répressives que d'encouragement. C'est d'ailleurs l'observation que

Mme Cavory rapporte lorsqu'elle se réfère à l'intervention accrue des services de police ou des travailleurs sociaux. Face à ces réponses (invalidantes ?) les enfants, les jeunes et leurs parents souffrent.

Une carence supplémentaire vient compliquer ces difficultés.

En effet, rien ou presque rien, n'est dit entre l'enfant et ses parents en ce qui concerne les difficultés scolaires, financières ou autres... Ces facteurs environnementaux seraient à la base de la critique acerbe concernant ces parents « démissionnaires ».

Pourtant chacun est conscient qu'être parent, c'est quelque chose d'important. Est-ce qu'une inversion des rôles (institutions/parents) inverserait les choses ?

Réflexions et propositions d'actions

Propos tenus par Mme Cavory

- Une autre forme de santé mentale serait moins stigmatisante pour les familles.
- Il faudrait que le problème de la parentalité soit pris en charge avec leurs enfants
- Il faudrait plus de médiation à l'école entre les enseignants et les parents
- Face à cette souffrance, il faudrait un lieu d'expression (parents/enfants). Cela pourrait passer par la création d'un lieu de santé régional,, constitutif d'un nouveau mode de fonctionnement, et cela en partenariat avec d'autres structures existantes...

Cependant, un « point écoute » serait-il pertinent, dans le sens, où il y aurait un risque de « stigmatisation » (aux yeux des autres). Pour éviter cette dérive, un travail d'information, de sensibilisation préalable est à faire.

Tous les parents ont des problèmes mais le poids d'être parents pesait plus dans les quartiers en difficulté.

En cas de construction d'un centre, il faut sélectionné des professionnels de tous horizons et de qualités qui seraient intéressés par cet enjeu.

Il faudrait aussi que les habitants participe au recrutement et qu'ils soient des acteurs dans tous les domaines de ce centre.

Les Programmes Régionaux de Santé

Un diagnostic élaboré lors des conférences régionales de la santé a contribué à l'émergence des besoins de la population et des moyens à mobiliser.

Ainsi est né un programme régional de santé bâti autour de six principes :

- ◆ Partir de l'existant et en tenir compte.
- ◆ Agir de façon globale.
- ◆ Associer systématiquement la population.
- ◆ Ouvrir le partenariat.
- ◆ Agir en s'adaptant aux réalités des territoires.
- ◆ Décliner l'action dans le temps.

Ce programme a établi 5 programmes régionaux de santé :

➤ **Le PRS Cancers « Challenge »**, avec 4 buts généraux :

- ✓ Gagner des années sur la vie.
- ✓ Améliorer la qualité de la vie des personnes malades et de leurs entourages.
- ✓ Favoriser un accès égal pour tous aux dispositifs.
- ✓ Faire évoluer les mentalités.

➤ **Le PRS Santé Cardio-vasculaire**, avec pour buts :

- ✓ La prévention.
- ✓ Un diagnostic et un suivi précoces.
- ✓ Un accompagnement.

➤ **Le PRS Conduites de Consommation à risque**, c'est :

- ✓ Réduire la consommation de substances psycho-actives chez les jeunes et chez les adultes.
- ✓ Réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux.
- ✓ Promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation.

- **Le PRS Santé des enfants et des jeunes Génération santé 2000/2025**, qui se décline en axes stratégiques :
 - ✓ Permettre aux enfants de naître et de grandir dans des conditions physiques psycho-affectives et sociales satisfaisantes.
 - ✓ Favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur capacités d'insertion dans la société.
 - ✓ Améliorer les connaissances des jeunes sur la santé et sur les représentations.

- **Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**, avec quatre axes prioritaires :
 - ✓ Droits, soins et prévention.
 - ✓ Être acteur de sa santé.
 - ✓ La souffrance psychique.
 - ✓ Les risques liés au logement.

A la suite de cette programmation un premier appel à projet a vu le jour en 2000 et reconduit en 2002.

Dans sa volonté de réunir tous les partenaires locaux, collectivités locales, financeurs publics, associations afin de mettre en commun les compétences de chacun autour d'un même projet « la Santé ».

En fonction des résultats de l'enquête de la CSF et de leurs orientations, la rédaction d'un projet devra être en corrélation avec les objectifs énoncés dans le cadre des PRS.

Finalité : Elaboration d'actions qui vont conduire à la mise en œuvre d'un centre de santé de proximité.

Objectif : La mise en place (ou la pérennisation) d'un Groupe de travail : qui se charge de créer les conditions de création d'un centre de santé de proximité. (animé par une personne ressource).

- Fonctionnement et formation d'un groupe de travail (Université d'été, formation permanente)
- Animation d'une recherche action plus large, associant toute la population.
- Ouverture d'un partenariat large sur le quartier visant à piloter cette action.
- Mise en place d'espaces d'écoute ayant une triple fonction :
 - o - de diagnostique de l'état de la précarité des habitants du quartier en matière de santé ;
 - o d'orientation et d'information (permettant une identification des ayants droits),
 - o - d'écoute des difficultés en terme de santé psychique (groupe de parole avec un psy)
- Mise en place d'un centre de santé de proximité

Critères d'évaluation :

Moyens d'évaluation.

Production d'un rapport de recherche sur l'opportunité de la mise en place d'un centre de proximité.

Fréquentation des groupes de paroles.

Evaluation des groupes de travail groupe de suivi et groupe de pilotage.