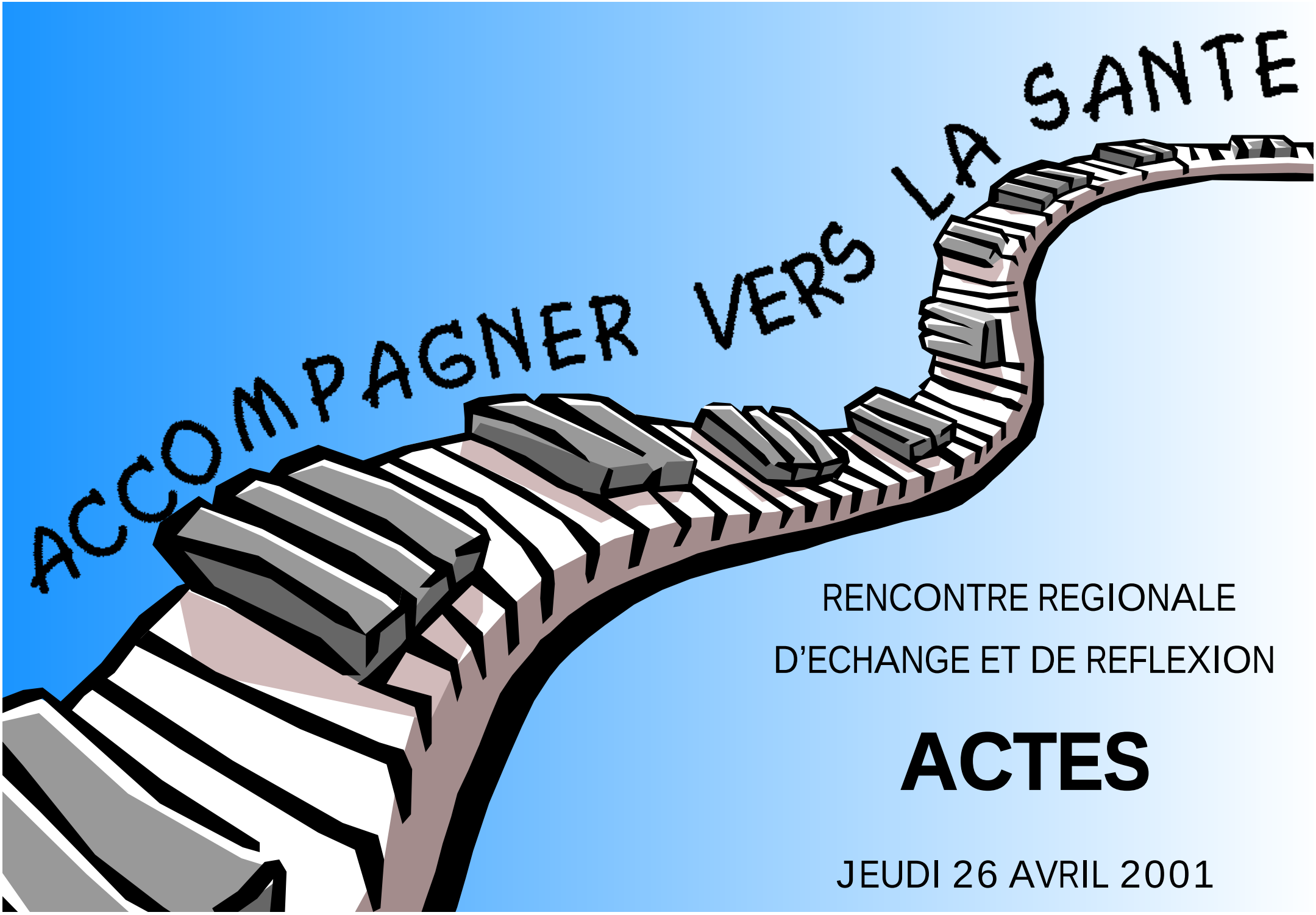


RENCONTRE REGIONALE

D'ECHANGE ET DE REFLEXION

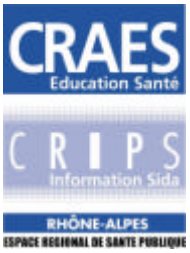
ACTES

JEUDI 26 AVRIL 2001

Rencontre régionale d'échange et de réflexion

ACCOMPAGNER VERS LA SANTE
26 avril 2001 – Lyon

Organisée par le CRAES-CRIPS
Financée par la DRASS – Rhône –Alpes
dans le cadre du PRAPS



CRAES-CRIPS – Septembre 2001

LOI N° 98-657 DU 29 JUILLET 1998 D'ORIENTATION RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

Article Premier

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

La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en œuvre de ces principes.

Ils poursuivent une politique destinée à connaître, à prévenir et à supprimer toutes les situations pouvant engendrer des exclusions.

Ils prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement **par un accompagnement personnalisé**, *à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides.*

Les entreprises, les organisations professionnelles ou interprofessionnelles, les organisations syndicales de salariés représentatives, les organismes de prévoyance, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations qui œuvrent notamment dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, les citoyens ainsi que l'ensemble des acteurs de l'économie solidaire et de l'économie sociale concourent à la réalisation de ces objectifs. En ce qui concerne la lutte contre les exclusions des Français établis hors de France, les ministères compétents apportent leur concours au ministère des affaires étrangères."

EXTRAITS DU PRAPS RHONE-ALPES, 2000 – 2003

L'horizon qui se dégage des différents travaux du PRAPS et des objectifs est plutôt celui de la promotion de la santé : "la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci". (OMS, Charte d'Ottawa pour la santé, 1986)

Objectifs départementaux

Les objectifs départementaux en matière de promotion de la santé, d'éducation pour la santé et de prévention s'organisent autour de plusieurs axes dont le suivant :

Développer l'offre d'écoute et ***d'accompagnement vers la santé***

Les objectifs retenus dans les différents départements visent à faciliter l'expression des personnes en difficulté, à organiser le temps nécessaire à l'écoute et à la maturation des démarches de santé, en tenant compte des trajectoires individuelles. Pour cela il s'agit :

- *de renforcer les lieux qui existent (en aidant aussi à l'évaluation de leurs actions) : point écoute jeunes, lieux d'interface ou lieux passerelles entre le social et le médical…*
- *de s'appuyer sur les lieux qui peuvent servir "d'accroche" vers la santé et la prévention : centres d'examens de santé, dispositifs d'accueil et d'hébergement, dispositifs d'insertion et de formation, entreprises, écoles…*

Objectifs régionaux

- *Promouvoir des* ***rencontres régulières d'échange de pratique entre les acteurs*** *engagés dans des actions auprès de publics en situation précaire (ADES, CPAM, Mutualité, référents santé des missions locales, associations…) ;*

- *Promouvoir l'organisation d'une* ***rencontre régionale autour du concept "d'accompagnement vers la santé".***

PRAPS Rhône-Alpes, juillet 2000

SOMMAIRE

Introduction

Claude BOUCHET, Directeur du CRAES-CRIPS **P 1**

Marie Claude N'DJIN, Coordinatrice PRAPS, DRASS Rhône-Alpes **P 2**

Agnès GRANIER, Chargée de mission au CRAES-CRIPS **P 4**

L'accompagnement vers la santé en questions et en convictions **P 10**

Accompagner : un acte clair-obscur **P 20**

Marie Claire ZINCK, philosophe

Accompagnement et société **p 35**

Christian LAVAL, Chargé d'Etude à l'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion – ORSPERE -

Accompagner ou cheminer au rythme de la relation qui se noue **P 45**

Brigitte SANDRIN BERTHON, Médecin en Santé Publique, Délégation générale du comité Français d'Education pour la Santé – CFES –

L'examen périodique de santé : un outil d'accompagnement vers la santé **P 61**

Odile GARRIGOU, Médecin au Centre d'Examen de Santé de la CPAM de Bourg en Bresse (Ain)

Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé – PASS - en trois pôles **P 67**

Anne Frédérique GRANGE, assistante sociale, PASS du centre Hospitalier de Chambéry (Savoie)

Accompagner des personnes dans le cadre de l'insertion ? **P 72**

Frédérique GERVASONI, infirmière référent santé RMI, Nord Isère

Etre en citoyenneté ensemble ou les enjeux politiques de l'accompagnement **P 75**

François BOURSIER, Conseiller technique à l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux – URIOPSS -

Débat avec les participants **P 79**
Animation : Denis REQUILLART, responsable de la Promotion de la Santé à la Mutualité Rhône-Alpes

Conclusion
Joëlle CHENET, responsable du pôle social, DRASS Rhône-Alpes **P 91**
Agnès GRANIER, Chargée de mission au CRAES-CRIPS **P 100**

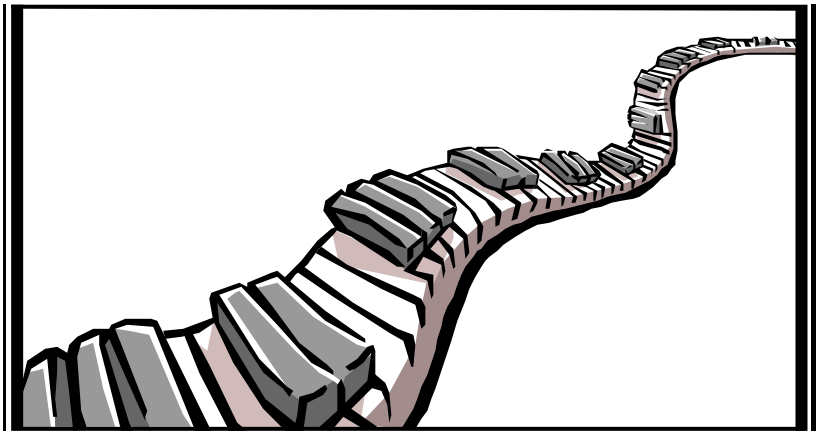
Annexe 1: Bibliographie **P 102**

Annexe 2 : Profil des participants **P 105**

Annexe 3 : Evaluation « à chaud » de la journée du 26 avril 2001 **P 109**

INTRODUCTION

Claude BOUCHET, Directeur du CRAES-CRIPS
Marie Claude N'DJIN, Coordinatrice PRAPS, DRASS Rhône-Alpes
Agnès GRANIER, Chargée de mission au CRAES-CRIPS



Claude BOUCHET

Directeur du CRAES-CRIPS

J'ai le plaisir de vous accueillir pour cette journée, en vous demandant d'excuser Sylvaine BOIGE FAURE, Présidente du CRAES-CRIPS, absente aujourd'hui pour raisons de santé.
Cette journée de rencontre autour du thème «accompagner vers la santé » a été préparée depuis longtemps par le CRAES-CRIPS, et tout particulièrement Agnès GRANIER. Elle est le fruit d'un travail de groupe entre institutions et associations mobilisées dans le cadre du PRAPS, sur ce sujet qui est apparu comme une des préoccupations centrales du PRAPS.

Je souhaite remercier les institutions qui ont permis de construire cette journée : les services de l'Etat, de manière particulière du fait de leur responsabilité première dans la coordination des politiques de lutte contre l'exclusion, mais aussi les autres partenaires, en fonction de leur rôle et compétence : assurance maladie, collectivités territoriales, Mutualité et bien sur les associations et professionnels engagés dans cette dynamique.

Je tiens à préciser à nouveau à quel point la question de la précarité est devenue centrale pour l'éducation pour la santé . En effet, la question de l'accès à la prévention des populations les plus vulnérables nous a obligés à revisiter nos valeurs, nos pratiques, nos projets, nos partenariats. C'est un travail que nous avons engagé tout au long de cette année dans le cadre du réseau régional d'éducation pour la santé, collège régional et associations départementales, mais aussi avec d'autres partenaires et en particulier la Mutualité Rhône alpes.

Je voudrais juste rappeler ici le repère principal qui a jalonné notre réflexion dans le champ de l'éducation pour la santé et de la précarité :
Tout d'abord, il n'y a pas de principes d'actions différents que pour les autres populations, mais des enjeux surdimensionnés à cause de la vulnérabilité des personnes.
Ces enjeux surdimensionnés exigent une plus grande vigilance, une plus grande compétence, plus d'engagement, plus de questionnement, plus de modestie aussi … autant de valeurs professionnelles que nous veillerons à mettre en œuvre au jourd'hui, au cours de la journée.

Je passe maintenant la parole à Marie Claude N'DJIN, coordinatrice PRAPS à la DRASS Rhône-Alpes.

Marie Claude N'DJIN

Coordinatrice PRAPS, DRASS Rhône-Alpes

Je me réjouis de cette initiative prise par le CRAES-CRIPS de vous offrir cette journée consacrée à l'accompagnement vers la santé.

Comme vous le savez, il s'agit d'une action inscrite dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de la Région Rhône-Alpes (arrêté par le Préfet de Région en juillet 2000). Cela mérite quelques explications sur le « pourquoi », pour que l'on comprenne le sens des choses.

L'ancrage du PRAPS est la « loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions » de juillet 1998. Le caractère d'orientation de cette loi est très important. Il signifie que les textes qui suivront ne pourront être contraires à ses principes et à ses ambitions. La lutte contre les exclusions devient un impératif national, c'est à dire une obligation. C'est l'engagement de notre pays à se remettre en question, tant que les droits fondamentaux de chacun ne seront pas respectés.

Le principe fondateur du texte est le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains. Il passe par la recherche tenace d'un accès effectif de tous à l'ensemble des droits fondamentaux (dont celui de la Protection de la Santé), en privilégiant les attentes et les projets des personnes par rapport au fonctionnement des structures.

Le bilan régional réalisé dans le cadre du PRAPS Rhône-Alpes attire notre attention sur le fait que nous devons nous garder de croire que certains comportements qui vont à l'encontre d'une bonne protection de la santé (absence de démarche de prévention, automédication, nomadisme médical…) concernent davantage les personnes en situation précaire ou exclues… Car ce sont – on le sait – des comportements connus pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, ce même bilan concorde tout à fait avec ceux de rapports nationaux, notamment ceux du Haut Comité de Santé Publique[1], qui ont montré l'inadaptation de notre système pour répondre aux situations souvent complexes des personnes les plus démunies, ces personnes dont les parcours sont souvent difficiles à connaître, à comprendre et dont les besoins spécifiques nécessitent des compétences coordonnées d'acteurs sanitaires mais aussi sociaux. Un rapport du ministère de la recherche et de l'INSERM (Institut National d'Etudes et de Recherches Médicales), présenté en mars 2000[2], confirme cette nécessité de collaboration très étroite entre travailleurs sociaux et professionnels de santé pour amener les personnes les plus démunies vers une meilleure prise en charge de leur santé.

---

[1] HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.- La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.- Paris : HCSP, 1998, 285p.

[2] LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., [et al.].- Les inégalités sociales de santé.- Paris : INSERM / La Découverte, 2000, 448p.

Cela dit, ce n'est pas si facile. Aussi je vous renvoie au PRAPS. C'est un OUTIL, votre OUTIL, puisqu'il a été conçu avec la participation de nombreux acteurs : associations et professionnels libéraux ou non, organismes de Sécurité Sociale et organismes mutualistes, mais aussi des élus des collectivités territoriales et des administrations…

Le PRAPS, conçu avec des professionnels comme vous, mais aussi conçu pour vous**,** pour qu'il vous serve de base commune, de point de rencontre, d'invitation à une remise en question pour faire évoluer la pratique de chacun et par là même, la pratique collective.

L'idée phare de ce PRAPS est que, si notre système de santé doit s'adapter, c'est à chacun d'entre nous d'interroger ses dispositifs, sa pratique pour savoir si nous permettons aux personnes vulnérables d'accéder effectivement à la prévention et aux soins dont elles ont besoin.

Le PRAPS, pour cela, propose de développer deux pistes principales :

- L'accompagnement.
- Le travail en réseau.

Ces pistes demandent à être explorées.

Pour ce qui est de l'accompagnement je sais toutes les questions que vous vous posez. Et là encore, je m'en réjouis, car le progrès prend sa source dans le doute et la remise en question.

Car enfin, quelle est la valeur de nos certitudes lorsqu'elles restent isolées ?

Le niveau régional vous apporte cette occasion de rencontre et d'échanges sur vos pratiques. C'est un appui dont vous avez certainement pressenti l'intérêt puisque vous êtes ici.

Je souhaite que cette journée soit un levier de PROGRES, de progrès pour chacun et dans l'intérêt général, au service des usagers qui en ont le plus besoin.

Agnès GRANIER

Chargée de mission au CRAES-CRIPS

Cette journée régionale a été préparée par un petit groupe de professionnels, engagés à des niveaux ou à des titres différents dans l'élaboration, le suivi ou la mise en œuvre du PRAPS[1], groupe de travail que je remercie dès à présent.
La construction de cette journée régionale s'appuie sur le besoin fortement ressenti au cours de l'élaboration du PRAPS de s'arrêter sur la notion « d'accompagnement vers la santé ».
Si tout le monde s'accorde sur le fait qu'il est nécessaire d'accompagner les personnes en difficulté vers la santé… les réponses concernant le « pourquoi accompagner vers la santé » et le « comment accompagner » sont très diverses, selon l'ancrage professionnel, les caractéristiques des populations avec lesquelles on travaille, l'organisme ou l'institution dans laquelle on se trouve…
Cette journée ne remplacera pas ce qui est déjà entrepris ou ce qui peut l'être à l'échelle des départements et des différents niveaux de territoire.

Elle prend sa source plutôt sur ces expériences, ce travail … espérons qu'elle pourra aussi leur venir en appui.

Cette journée n'épuisera pas non plus la ou les questions sur l'accompagnement santé…. Mais elle la posera d'une façon particulière.

Cette rencontre marque donc plutôt un temps d'arrêt… comme un arrêt sur image… Mais quelle image avons-nous choisi ?
Nous avons fait le choix :
- D'une part d'aborder la question du sens de l'accompagnement, avant celle des dispositifs permettant d'accompagner. C'est ce que nous ferons ensemble cette après midi, avec l'aide de trois intervenants, et de témoins qui animeront la table ronde et le débat.
- D'autre part de mettre les personnes que nous accompagnons, ou que nous voulons accompagner vers la santé, leurs désirs, leur trajectoire, au cœur de la réflexion… comme en toile de fond permanent de cette réflexion.

Nous allons tout de suite mettre en œuvre cette volonté en commençant par un spectacle, « Novecento : pianiste » que la compagnie « Les Pierres du Ruisseau » a bien voulu jouer pour cette rencontre.

[1] coordinateurs DDASS du PRAPS, FNARS, Point ressource santé de Gières en Isère, service social de la CRAM, Service communal d'hygiène et de santé de Villeurbanne, service promotion de la santé du conseil général de la Drôme…

Ce spectacle a déjà une histoire :

Au cours d'une formation conduite l'année dernière par l'Association Départementale d'Education pour la Santé en Isère –ADESSI- auprès de travailleurs sociaux intervenant dans les mesures sociales liées au logement, un travail était engagé sur « la prise en compte des problèmes de santé dans l'accompagnement vers le logement ».

A un moment de cette formation, une participante réagit en disant :

« Finalement, c'est comme Novecento ! »

Quelques phrases d'explication éveillent l'intérêt de tout le groupe…

J'ai alors lu « Novecento : pianiste », œuvre d'Alessandro Baricco et je me suis dit : « c'est vrai, c'est un peu comme Novecento… »

Un contact avec François Colomb… l'occasion de le voir jouer et mon intuition se confirmait : « oui, c'est bien comme Novecento ! »

Une proposition lui est faite de jouer dans le cadre d'une journée sur l'accompagnement santé. Je le remercie d'avoir immédiatement accepté d'entrer avec nous dans cette démarche… <u>démarche que nous vous proposons maintenant</u> :

Prenons le temps du spectacle

Prenons le temps d'entrer dans l'histoire de Novecento

Peut-être pas comme si nous étions en soirée, au spectacle, pour notre seule détente… même si j'espère que cette rencontre sera aussi un temps de détente…

Novecento est une pièce qui évoque, suggère… « On en saisit un bout que l'on partage ensuite… » me disait François Colomb.

Le personnage de Novecento n'est pas quelqu'un que nous pourrons saisir dans nos catégories habituelles des personnes avec lesquelles nous travaillons ;

Novecento ne parle pas spécialement de santé ;

Gardons cependant notre thème « accompagner vers la santé » en arrière fond de notre regard, de notre écoute, de l'écoute de nos émotions aussi

et bien sûr, au travers de ce thème, gardons bien présentes les personnes avec qui nous travaillons habituellement.

Laissons des passerelles se faire entre ce que nous voyons, entendons, ressentons… ce que « Novecento : pianiste » nous évoque et ce qui est notre expérience ou notre questionnement sur l'accompagnement santé.

Ce sont ces passerelles, ces évocations que nous partagerons ensuite en petit groupe… mais je vous y introduirai à nouveau.

NOVECENTO : pianiste

D'après Alessandro BARICCO

Par la compagnie « les pierres du ruisseau »

Adaptation : Nicole VAUTIER et François COLOMB
Mise en scène : François GIBUT
Improvisation au piano : Antoine LAVILLE
Lumière et son : Christophe HAUSER
Comédien : François COLOMB

Novecento … une trajectoire de vie qui se déroule sous nos yeux …

L'histoire étrange d'un homme né sur un bateau et qui y reste toute sa vie … pour jouer du piano.
Un conte philosophique, sous forme de dialogue entre un comédien et un piano.
« Tu n'es pas fou mon frère, quand tu trouves un système qui te sauve. »

Merci

Merci à François Colomb, à Antoine Laville, à Christophe Hauser à la technique… à la compagnie « Les pierres du ruisseau ».

Merci aussi d'accepter la frustration de ne pas avoir maintenant la priorité sur les réactions du public… puisque ce public est un peu « spécial »… Nous veillerons à vous retranscrire quelque chose de ce qui va se dire maintenant.

Nous allons maintenant prolonger ensemble de la façon suivante :

Nous aimerions que tout ce qu'il y a de spontané dans vos premières réactions ne se perdent pas dans une pause dispersée, mais s'échange dans des petits groupes de 10 ou 12 personnes, formés un peu au hasard de la proximité.

Je vous propose donc de vous retrouver autour de la question suivante : « Quelles passerelles se sont faites entre d'une part ce que vous avez vu, entendu, ressenti … ce que « Novecento » a évoqué pour vous, et d'autre part ce qui est votre expérience ou votre questionnement sur l'accompagnement santé ? »

Je vous invite à faire un peu de désordre, un premier temps de mise en condition, c'est à dire organiser notre salle en cercles de 10 à 12 chaises, en essayant d'occuper tout l'espace… l'idéal serait que les petits groupes se constituent rapidement, spontanément pour avoir un bon temps d'échange et pouvoir à 12h15 faire ressortir une ou deux phrases clefs, sous forme de question ou de convictions.

L'équipe du CRAES-CRIPS passera dans les groupes pour vous redonner ces consignes par écrit. Il n'y aura pas de rapporteur, mais il faudrait un « écrivain » par groupe, seulement pour recopier convictions et questions sur des feuilles de couleur.

On commence donc par le désordre…

Indications pour le temps d'échange spontané en petits groupes

Point de départ de l'échange :

Quelles passerelles se sont faites entre d'une part ce que vous avez vu, entendu, ressenti…

Ce que « Novecento » a évoqué pour vous, et d'autre part ce qui est votre expérience ou votre questionnement sur l'accompagnement santé ?

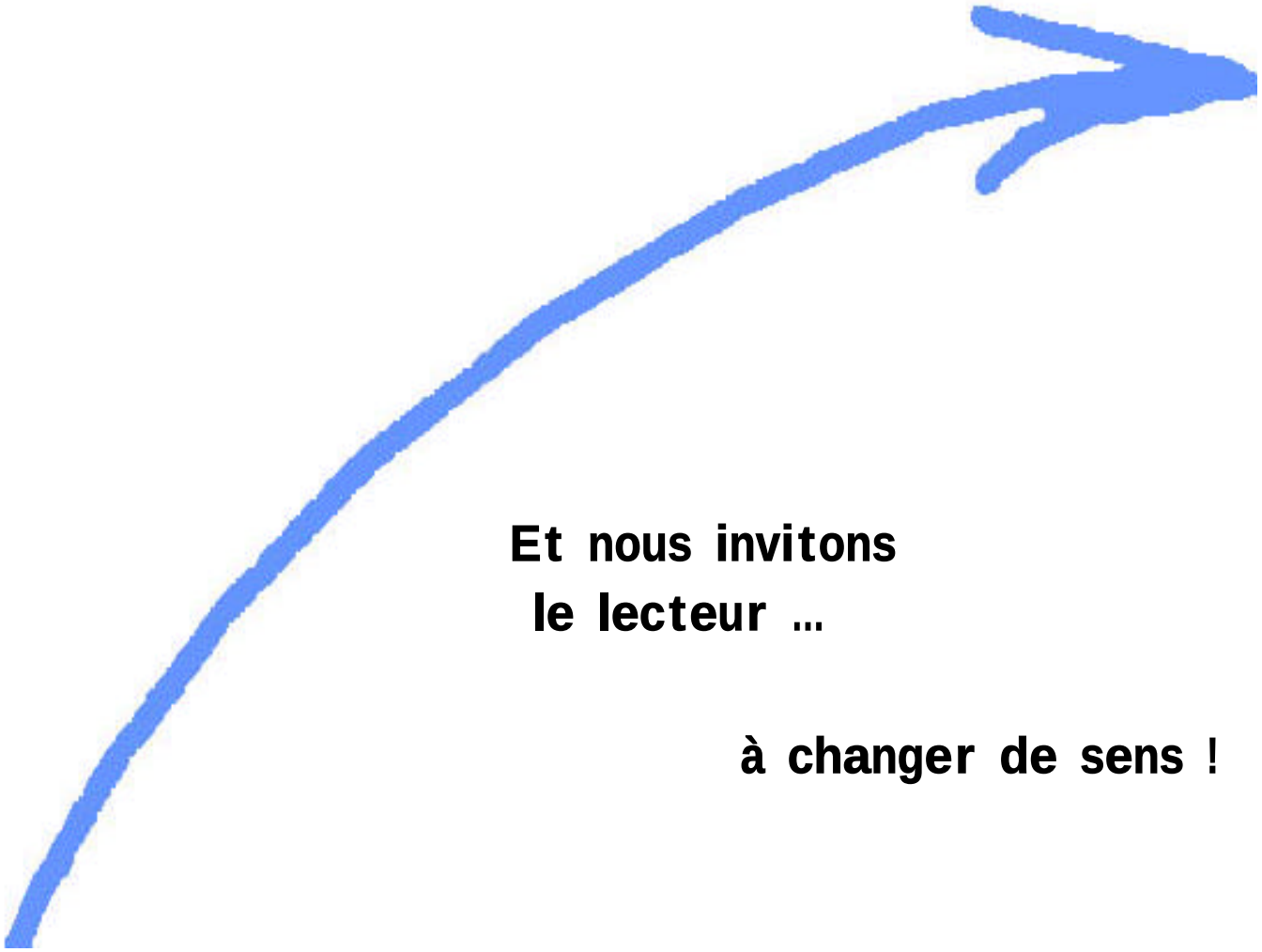
Au cours de l'échange :

Essayez de construire un mouvement allant de « Novecento » à votre pratique et vice versa

En fin d'échange : 12h15 dernier délai

- Formuler ensemble 1 ou 2 questions, 1 ou 2 convictions qui se dégagent de l'échange
- Ecrire les questions sur une feuille saumon
- Ecrire les convictions sur une feuille verte
- Prévoir une formulation courte et claire …

Un petit groupe est chargé de la synthèse pendant le temps du repas… Merci



Et nous invitons
le lecteur …

à changer de sens !

L'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTE EN QUESTIONS ET EN CONVICTIONS

Synthèse :

Annie LIBER, Point Ressource Santé, Gières (38),

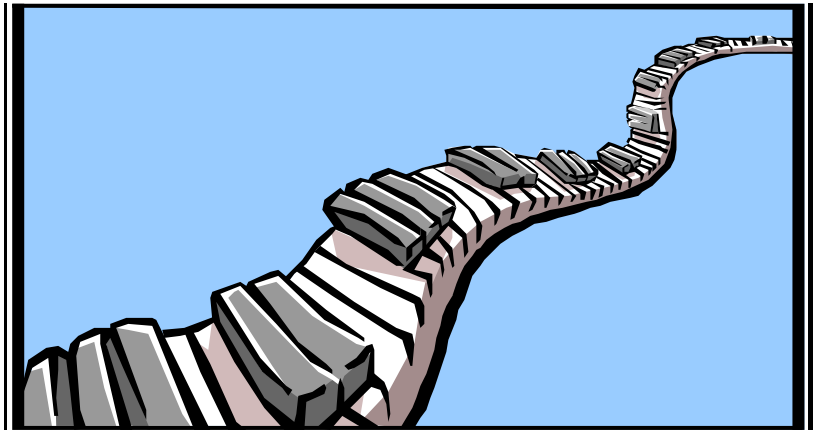
Martine GUINARD, DDASS de l'Ain,

Zakia MERY, FNARS Rhône-Alpes,

Marie Pierre PENET, CRAM Rhône-Alpes,

Rédaction :

Agnès GRANIER, CRAES-CRIPS



« … Il me faut amener le public au plus près possible de la frontière de la difficulté. J'ai la chance d'avoir un public, et cette frontière avance avec mon travail et le public aussi. Aujourd'hui j'ai moins le souci que le public me comprenne, il me suffit qu'il me suive. Après tout, je pense que j'écris d'une certaine manière des livres d'avant garde, mais le public n'a pas à le savoir, il lui suffit de m'accompagner jusqu'à cette frontière, il sent les choses, il n'est pas nécessaire qu'il en ait une perception savante… **Quant à la signification des choses, le lecteur en sait généralement beaucoup plus que l'écrivain, après tout, c'est à lui de comprendre, moi je n'ai qu'à raconter.** »

Les vocabulises d'Alessandro BARICCO, entretien par Jean Baptiste HARANG, dans Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 89

C'est au public de comprendre, nous suggère Alessandro BARICCO, de reconnaître à quelle frontière il a été accompagné… ses propres frontières, individuelles, professionnelles… frontières de l'autre aussi.

Novecento : pianiste, mis en scène par la Compagnie «les pierres du ruisseau » a très largement favorisé l'échange des participants. Echange spontané, à partir de ce que le spectacle a ébranlé ou rejoint des pratiques professionnelles et de sa vision du monde. De ces échanges sont ressorties des convictions et des questions concernant le thème « accompagner vers la santé » que nous rapportons ici.

Ce qui frappe le plus en reprenant le contenu des échanges est qu'aucune question soulevée ne trouve en vis à vis une conviction qui pourrait être le support d'une réponse… De même, aucune conviction ne se trouve un peu ébranlée par un questionnement. C'est pourquoi nous avons fait le choix de présenter questions et convictions ensemble et de reprendre, dans le corps du texte, les expressions telles qu'elles ont été exprimées par les participants (notées alors entre guillemets et en italique).

« C'est un marin appelé Danny Boodmann qui l'avait trouvé. Il le trouva un matin, alors que tout le monde était déjà descendu à Boston, il le trouva dans une boite en carton. Il devait avoir dans les dix jours guère plus. Il ne pleurait même pas, il restait là sans faire de bruit, les yeux ouverts, dans sa grande boîte. Quelqu'un l'avait laissé dans la grande salle de bal. Sur le piano. »

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 21-22

Novecento

Certaines remarques font directement allusion au personnage de Novecento :

« Qui est Novecento ? Le professionnel ou la personne en difficulté que nous rencontrons ? »

La frontière n'est pas nette. *« Il y a du Novecento partout, Novecento c'est l'autre et c'est soi-même. »*

L'histoire qui s'est déroulée sous nos yeux interroge :

« Qu'est ce qui a fait que Novecento n'a pas voulu continuer à vivre ? »,

« A-t-il été suffisamment accompagné sur la passerelle ? » et « s'il n'avait pas été seul, il serait descendu… cela aurait ouvert à autre chose. »

« Le fait qu'il ne descende pas, c'est plus le problème de l'autre que le sien. »

« Novecento n'est pas aussi enfermé que d'autres… »

« Danny Boodmann resta encore marin pendant huit ans, deux mois et onze jours. Puis, pendant une tempête, au beau milieu de l'Océan, il se prit en plein dos une poulie devenue folle. Il mit trois jours à mourir. Il était tout cassé à l'intérieur impossible de le réparer. (...)
Et c'est ainsi que, brusquement Novecento devint orphelin pour la seconde fois. Il avait huit ans, et derrière lui déjà une cinquantaine d'allers-retours Europe-Amérique. Sa maison c'était l'océan. Quant à la terre. Il l'avait aperçue, bien sûr, depuis les ports. Mais y descendre, jamais. (...) A dire précisément, Novecento pour tout le monde, il n'existait même pas : pas une ville, pas une paroisse, pas un hôpital, pas une prison, pas une équipe de base-ball où son nom soit marqué quelque part. il n'avait pas de patrie, il n'avait pas de date de naissance, il n'avait pas de famille. Il avait huit ans : mais officiellement il n'était pas né. »

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 26-27

« La dernière fois que je l'ai vu, il était assis sur une bombe. Sans blague. Il était assis sur une charge de dynamite grosse comme ça. Une longue histoire… Il disait : « Tu n'es pas vraiment fichu, tant qu'il te reste une bonne histoire, et quelqu'un à qui la raconter. » Son histoire, à lui… c'était quelque chose. Il était sa bonne histoire à lui tout seul. Une histoire dingue, à vrai dire, mais belle… Et ce jour-là, assis sur toute cette dynamite, il m'en a fait cadeau.

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 20-21

Et des aspects de ce qui s'est joué sous nos yeux restent encore obscurs :

« Il jouait des notes qui n'existaient pas. Est-ce qu'elles chantaient le bonheur ou cachaient des souffrances ? »

« Novecento parlait de la mer… parlait-il de la mère ? »

« Novecento part… mais accompagné ! C'est sa manière de saluer. »

Respecter et tolérer

De nombreuses convictions portent sur le respect : « respecter les choix de vie, le projet de l'autre, respecter le temps, les étapes, le rythme de chacun. » Autrement dit, il s'agit de trouver la voie pour respecter l'autre dans ses choix, ses projets, son rythme. Mais cela renvoie aussi à la nécessité de respecter son propre rythme, ses propres choix, ses propres contraintes ou frontières.

Le respect doit aller vers une tolérance, ce qui sous-entend qu'il faudra prendre en compte ce qui en l'autre me dérange, me trouble, me blesse, ce qui en l'autre restera, pour moi, un non sens : « tolérer la souffrance de l'autre » par exemple.

Mais la situation de Novecento, assis sur une caisse de dynamite à la fin de la pièce, pose au professionnel la question de la limite du respect face à la vie de chacun : *« doit-on toujours respecter le choix des personnes, dans les tentatives de suicide par exemple ? », « peut-on laisser quelqu'un aller vers la dégradation et la mort ? »*

Chacun construit sa vie… mais ?..

« Il y a des portes où l'on passe toujours tout seul. » Ce constat est souvent accompagné d'un sentiment de deux mondes étrangers l'un à l'autre entre les professionnels et les personnes rencontrées.

« Qu'avons-nous de commun avec les personnes avec qui on travaille ? », « Comment se positionner pour rencontrer l'autre dans son monde ? »

« Il m'a fallu des années, mais j'ai fini un jour par prendre mon courage à deux mains et je lui ai posé la question.
Nom de Dieu, Novecento, pourquoi est ce que tu ne descends jamais, même une fois, rien qu'une, pourquoi est-ce que tu ne vas pas voir le monde, de tes yeux, de tes propres yeux. Pourquoi est-ce que tu reste dans cette prison flottante
(…) t'es pas un con, tu es grand, et le monde est là, il y a juste cette foutue passerelle à descendre, qu'est ce que c'est juste quelques petites marches de rien mais il y a tout, nom de Dieu, au bout de ces quelques marches, il y a tout. Pourquoi tu continues, au lieu de descendre de ce machin, au moins une fois, rien qu'une.
Novecento… Pourquoi tu ne descends pas ?
Pourquoi ?
Pourquoi ? »

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 42-43

« Et maintenant, essaie de comprendre, mon frère.
Essaie de comprendre, si tu peux/
Avec tout ce monde dans les yeux/
Terrible mais beau/
Trop beau/
Et la peur qui me ramenait en arrière/
(…)
L'envie de descendre/
La peur de le faire/
A force tu deviens fou/
Fou/
Il faut que tu fasses quelque chose, et c'est ce que j'ai fait/
(…)
Moi qui n'avais pas été capable de descendre de ce bateau, pour me sauver moi-même, je suis descendu de ma vie. Marche après marche. Et chaque marche était un désir. A chaque pas un désir auquel je disais adieu.
Je ne suis pas fou mon frère. On n'est pas fou quand on trouve un système qui vous sauve. On est rusé comme l'animal qui a faim. La folie, ça n'a rien à voir. C'est le génie, ça. La géométrie. La perfection. Les désirs déchiraient mon âme. J'aurais pu les vivre, mais j'y suis pas arrivé.
Alors je les ai ensorcelés..

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 73-74

Plusieurs s'interrogent sur la manière de sortir l'autre de son monde *« Comment peut-on donner la possibilité aux personnes de sortir des systèmes dans lesquels ils se sont enfermés ? »* ou *« de sortir de leur structure protégée, de leur bateau ? »* ; d'autres sur la légitimité même de ce désir : *« de quel droit veux-t-on bousculer le système dans lequel s'est réfugié la personne ? »*

Cet écart entre deux mondes pose la question de la relation de l'un à l'autre. *« Peut-on changer de regard et regarder avec les yeux de l'autre ? », « peut-on accompagner quelqu'un et poser un jugement de valeur sur sa situation ? », « comment arriver à un désir partagé en respectant les différences ? »…*

Le désir de rencontrer l'autre se heurte à la question d'une demande

« Il faut prendre en compte la volonté, la demande de l'autre ». Mais que faire devant la non-demande ? :

« comment repérer la souffrance de ceux qui ne demandent pas ?,

« comment repérer la perte successive de désir ? »,

« que faire face au renoncement de la personne ?,

« faut-il attendre une demande explicite ? »

Face à ces questions une conviction se dégage :

« pour passer d'une situation à une autre, il faut avoir suffisamment de raison »

… conviction à laquelle répond, comme en écho, une autre :

« dans la relation à l'autre, il y a des raisons d'espérer ! »

Alors, dans cette dynamique de relation, la non demande se transforme parfois en demande, autre, paradoxale, contradictoire parfois. *« En acceptant la contradiction, on peut permettre de construire ensemble. »* Il s'agit alors pour le professionnel de *« laisser une place à l'autre », « de se laisser guider par elle », « de repérer où elle en est pour saisir les ouvertures possibles. »* La remise en question individuelle est forte : *« plus j'avance, moins j'ai de certitude, plus j'ai de chance de rencontrer l'autre », « apprenons à vivre avec les paradoxes, la vulnérabilité, les siennes et celles de l'autre ! »*

« Moi, je suis descendu du Virginian le 21 août 1933. J'y étais monté six années plus tôt. Mais ça me paraissait une vie entière. (…)
Si tu joues de la trompette, sur la mer tu es un étranger, et tu le seras toujours. Que tu rentres chez toi tôt ou tard, c'est juste. Et tôt, c'est encore mieux je me suis dit.
« Et tôt, c'est encore mieux », j'ai dit à Novecento. Et il a compris. On voyait bien qu'il n'avait aucune envie de me voir descendre cette passerelle, et en plus pour toujours, Mais jamais il ne me le dit. Et c'était mieux comme ça.
(…)
On continua comme ça tous les deux, et moi, bon Dieu, je jouais du mieux que je pouvais, pas tout à fait Louis Armstrong mais vraiment je jouais bien, Novecento derrière moi qui me suivait partout, comme lui seul savait le faire. Les autres nous ont laissés continuer un petit bout de temps, ma trompette et son piano, pour la dernière fois, à nous dire toutes les choses qu'on peut jamais se dire avec les mots. »
Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 65-66-67

« Quand Novecento, sur l'Océan, plein milieu, leva les yeux de son assiette et me dit : « A New York, dans trois jours, je descends. » J'en suis resté baba. (…)
« Il y a quelque chose que je dois voir, là-bas », il me fait.
« -Et c'est quoi ? » Il ne voulait pas me le dire, et ça peut se comprendre, d'ailleurs, parce que quand il le fit, ce fut pour me dire :
« La mer.
-La mer ?
-La mer. » »
Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 57-58

Comment ajuster la relation à l'autre dans l'accompagnement ?

« Accompagner n'est pas materner… », « comment trouver le point d'équilibre entre maternage et responsabilisation ? »

Le professionnel éprouve des difficultés à situer sa relation dans une juste mesure de la liberté de l'autre, de son autonomie, tout en tenant compte des besoins d'être soutenu.

Apparaissent alors les questions de l'engagement du professionnel. Jusqu'où peut-il aller ? Le regard, l'affectivité, le cœur, l'empathie sont relevés comme très important dans l'accompagnement, mais *« jusqu'où s'embarquer avec l'autre ? prendre des risques pour soi-même avec l'autre ? ».*

Des attitudes plus mesurées sont proposées : *« être là, au bon moment, créer du lien, essayer de comprendre le sens, garder une ouverture malgré notre expertise… »* Le souci ici est *« de ne pas rendre les personnes dépendantes », « d'établir une réciprocité dans la relation d'accompagnement », « d'accompagner vers une autonomie maximum. »*

Les facteurs favorisant une « juste » relation entre accompagnant et accompagné

Plusieurs « ingrédients » d'une relation favorisant l'accompagnement ont été rapportées par les groupes d'échange :

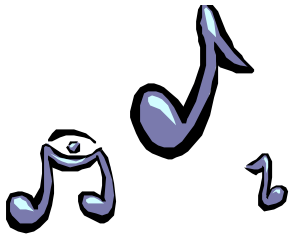
La dimension collective prise dans un mouvement progressif, un processus : *« L'accompagnement est un processus collectif avec ces étapes, l'acceptation des échecs, la proposition d'alternatives… »*

« Repérer et utiliser le potentiel des personnes »

La communication : *« Il faut parler la même langue, être sur le même registre. La communication est au cœur de la relation »*

L'éducation au choix : *« Il faut donner des éléments pour que l'autre puisse faire des choix »*

Nommer : l'attention de plusieurs a été attirée par l'importance du nom. *« Il y a passage – dans la pièce- d'un numéro (1900) à une nomination (Dany Boodmann T.D. Lemon Novecento) puis à une humanisation progressive. »*



« Danny Boodmann T.D. lemon Novecento allait descendre du Virginian, dans le port de NewYork, un jour de février. Après trente-deux années passées en mer, il allait descendre à terre, pour aller voir la mer. »

(…) Ce fut à la troisième marche qu'il s'arrêta. Brusquement.

(…) Novecento immobile, un pied sur la deuxième marche et un pied sur la troisième. Il resta comme ça une éternité. Il regardait devant lui, comme s'il cherchait quelque chose.

(…) Ce qu'il avait vu, du haut de cette maudite troisième marche, il n'a pas voulu me le dire. »

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 61-62-63

« Et bien quand un gars qui est sur un bateau pour jouer de la trompette rencontre au beau milieu d'un ouragan un gars qui lui dit « Viens », le gars qui joue de la trompette, il n'a qu'une seule chose à faire : il y va. J'y allai donc. (…)

« Enlève les cales », il me dit. Le bateau dansait que s'en était un plaisir, tu tenais à peine debout, et çà n'avait aucun sens de débloquer ces roulettes.

« Si tu as confiance en moi, enlève-les. » Il est fou ce type j'ai pensé. Et je les ai enlevées. « Maintenant viens t'asseoir ici », me dit alors Novecento.

Je ne comprenais pas ce qu'il voulait faire, vraiment je n'y comprenais rien. »

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 61-62-63

Accompagner le changement

Il faut « croire », *« faire confiance dans la capacité de changement, la possible transformation des situations des personnes ».*

Le changement est perçu à la fois comme un processus lent, à accompagner, dans le temps et la confiance. Mais on perçoit aussi qu'il y a des étapes décisives. *« Etre témoin bienveillant du 'kairos[1]', de ces instants de cristallisation du choix, des changements ».* Novecento a surpris dans ses retournements, décision apparemment subite de descendre du bateau, décision de ne plus descendre… *« Quels sont les déclics du changement chez les personnes ? », « comment les repérer ? »…*

Ce repérage et cette adhésion aux moments de retournement de situation, moments à partir desquels pourraient être tentés un accompagnement vers un processus de changement, ont amené les professionnels à s'interroger sur la place quasi exclusive accordée à la parole dans les différents types d'accompagnements. *« Communiquer, ce n'est pas que la parole », « il faut enrichir la relation par autre chose que de l'entretien face à face. »* Dans le spectacle on perçoit effectivement combien la musique 'parle mieux' que les mots. *« L'imaginaire a une grande force pour aider l'autre à trouver des ouvertures »* et cet imaginaire est présent chez les personnes accompagnées comme chez le professionnel. *« Il faut amener les personnes vers des activités de plaisir, leur donner l'occasion de développer leur créativité, de se ressourcer, de se revaloriser… »*

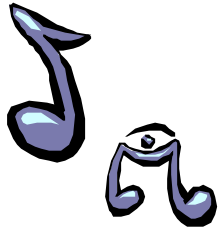
Le changement est aussi du côté des professionnels et des institutions

« L'accompagnement est un outil au service d'un projet qui appartient à la personne. »

Cette conviction plaçant la personne comme sujet, acteur, de l'accompagnement implique un certain déplacement du côté de celui qui accompagne. *« Les professionnels doivent*

[1] καιροσ: moment ou occasion favorable, opportun

« Les autres m'avaient un peu parlé de lui. Ils racontaient de drôles de choses. (…)
Ils disaient aussi qu'il jouait une musique qui n'existait pas. Moi ce que je savais c'était que chaque fois qu'on s'apprêtait à jouer, dans la salle de bal, Fritz Hermann, un Blanc qui ne comprenait rien à la musique mais qui avait une belle gueule, c'est pour ça d'ailleurs qu'il dirigeait l'orchestre, s'approchait de lui et lui disait tout bas : « Novecento, s'il te plait, que les notes normales, d'accord ? »
Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 61-62-63



s'interroger sur leurs pratiques, leurs représentations, leurs savoirs », « il faut changer notre vision des choses pour accompagner. »

Dans les orientations à donner aux pratiques sont relevés le *« travail en réseau »*, la réflexion sur *« les articulations entre le social et le sanitaire pour passer des relais au bon moment »* et de façon la plus adaptée possible.

Cependant, les professionnels s'interrogent fortement sur la capacité de leurs institutions à prendre en compte ces démarches. *« Comment les institutions peuvent amener des réponses globales, non morcelées ? », « comment les modes d'accompagnement des structures peuvent répondre aux besoins des personnes compte tenu des impératifs financiers ? », « quelles marges de manœuvre, quel ressourcement, pour les accompagnants ?.. »* Ces difficultés institutionnelles se résument peut être dans cette citation de Michel Del Castillo : *« ne pourrait-on pas installer une barrière au bord du précipice, plutôt qu'un hôpital au fond ? »*

Au travers de ces questions et convictions, ou se mêlent désarroi et force de créativité professionnelle, des positionnements et des relations cherchent en permanence à s'ajuster : l'accompagnant et l'accompagné, le professionnel et son institution, le regard personnel et le regard de la société qui forge la norme sociale. Cette dernière est d'ailleurs fortement interrogée par les professionnels *« arrêtons d'idéaliser la norme sociale ! »…*

***

Voilà donc la toile de fond de vos questions et convictions qui rejoint assez fortement, mais peut-être de manière plus précise et plus personnalisée, celles que vous nous avez envoyées avec le bulletin d'inscription, et que les intervenants ont pu lire en préparation à cette après-midi.

Je vais passer la parole à Denis REQUILLART qui a accepté la tâche délicate de l'animation de l'après-midi.

Il est responsable de la Promotion de la santé à la Mutualité Rhône-Alpes, avec laquelle nous sommes engagés dans un travail sur la promotion de la santé des populations en difficulté, va nous accompagner tout au long de l'après-midi.

Merci d'avance.

Denis REQUILLART - Merci. L'après-midi se divise en deux parties qui ont la même finalité.

Dans une première partie, nous ferons appel à des compétences un peu diverses qui vont sans doute permettre d'approfondir un certain nombre de questions qui viennent d'être résumées et synthétisées. Je dirai volontiers que c'est ce qui va nous servir de fil rouge.

Dans les entretiens que j'ai pu avoir avec les personnes qui vont intervenir cet après-midi, nous nous sommes donnés la consigne suivante : que la parole des participants puisse être toujours présente, en particulier telle qu'elle ressort de cet exercice très inhabituel qu'Agnès GRANIER nous a fait faire ce matin : voir un spectacle et en parler à chaud dans une forme pas tout à fait ordinaire.

La première intervenante, Marie-Claire ZINCK, philosophe, va intervenir en début de cet après-midi sur le thème « Accompagner : un acte clair-obscur ».

Ensuite, Christian LAVAL, sociologue à l'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion, interviendra sur « l'accompagnement santé et les pratiques de santé dans les dispositifs d'insertion ».

Enfin, Brigitte SANDRIN BERTHON, médecin, chargée de mission au CFES, va intervenir sur le lien qu'il y a entre l'accompagnement vers la santé et la promotion de la santé.

A la suite de ces interventions, nous aurons une table ronde avec des gens qui sont plutôt des témoins, c'est-à-dire des gens du terrain qui ont une expérience de l'accompagnement santé. A partir de cette expérience, en confrontation avec les questions déjà posées, ils vont essayer de faire avancer notre réflexion commune.

Ces 4 témoins sont :

- Odile GARRIGOU, médecin au Centre d'examen de santé de Bourg en Bresse.
- Anne Frédérique GRANGE, assistante sociale à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'Hôpital de Chambéry.
- Frédérique GERVASONI, infirmière référent santé pour les bénéficiaires du RMI dans le Nord Isère.
- François BOURSIER, conseiller technique à l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux).

Ces 4 témoins, après avoir expliqué le concret de leur activité et les questions qu'ils se posent, vont être les initiateurs de la discussion. Une table ronde, ce n'est pas seulement une série de personnes qui s'expriment, mais une interaction entre elles et vous, l'ensemble des participants.

Nous espérons donc que vous aurez encore suffisamment de fraîcheur d'esprit à ce moment là pour reprendre la parole, reprendre les questions qui ont été celles de ce matin et d'autres aussi sans doute, de manière à ce que se dégagent les quelques grands thèmes qui pourraient fournir matière à d'autres débats dans le futur, à d'autres journées de réflexion, à d'autres moments d'échange entre professionnels ou peut-être avec des usagers… C'est d'ailleurs une des questions déjà posées.

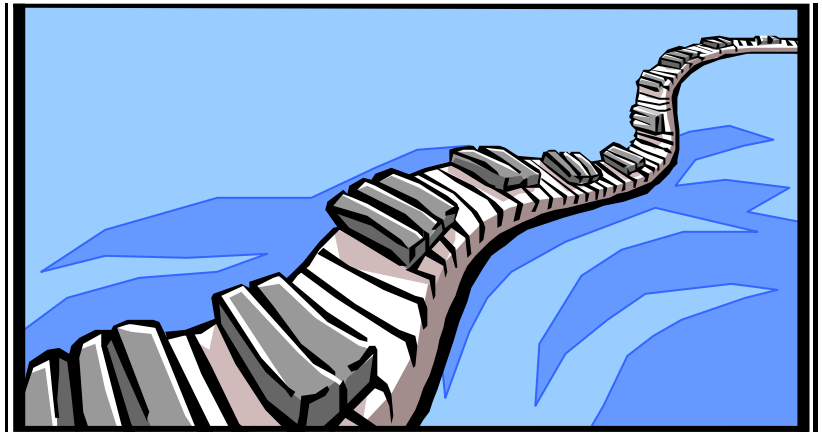
Nous conclurons l'après-midi avec Joëlle CHENET, responsable du pôle social à la DRASS Rhône-Alpes, qui essaiera non pas de donner des conclusions de type dispositifs, etc… mais de nous dire quel sens ces questions peuvent prendre dans le cadre des politiques régionales sanitaires et sociales, et notamment du programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

Je vais tout de suite donner la parole à Marie Claire ZINCK

Marie Claire ZINCK

Philosophe

ACCOMPAGNER : UN ACTE CLAIR-OBSCUR



En m'invitant à participer à cette journée, je crois que la demande qui m'était vraiment faite, au-delà de celle qui consistait à vous proposer un exposé philosophique sur le thème de l'accompagnement, était au fond celle de, justement, vous accompagner ou tenter de vous accompagner dans votre réflexion sur cet acte que j'ai qualifié de clair-obscur.

Si j'ai accepté cette invitation, et par-là même cette responsabilité, c'est d'une part parce qu'elle représente un intérêt tout à fait singulier et pertinent pour la philosophie qui devrait, à mon sens, se considérer comme étant mise en demeure de penser la chose sociale et par delà la chose humaine. Mais d'autre part j'ai accepté cette responsabilité parce qu'elle était partagée non seulement avec des professionnels, des spécialistes de la santé mais aussi et peut-être surtout avec un poète. Je dois dire que cela m'a beaucoup plu, dans la mesure où ce choix est selon moi révélateur de l'authenticité de la recherche de sens que constitue cette journée.

Les poètes étaient chassés de la cité ...

PLATON chassait les poètes de la cité *(dans La République, aux livres III et X.)* Pour lui, dans le domaine de la cité, de la politique, donc de la chose sociale, la poésie est condamnée parce qu'elle flatte les passions et amollit les âmes, parce qu'elle trouble l'ordre de l'Etat, et plus encore parce qu'elle opère un véritable désastre ontologique : imitateur, le poète éloigne de l'être dont le philosophe entend se rapprocher. Il y a chez PLATON, entre poésie et philosophie, un différend*. (La République livre X 607 b).*

Sans pour autant sous-estimer l'efficacité de la poésie sur les âmes, Platon s'y prend à deux fois pour exclure le poète de la cité *(La République livre III 394e-398aL et livre X 595a - 608c),* et encore ne le chasse-t-il qu'avec les plus grands honneurs et comme à regret : "... *Nous lui ferions profonde révérence comme à un personnage sacré, hors pair, délicieux et d'autre part, nous lui dirions qu'il n'y a point chez nous d'homme comme lui dans la cité, et qu'il n'est point permis qu'il en vienne à s'y produire, nous l'éloignerions en direction d'une autre cité, après avoir répandu sur son chef du parfum. ". (livre III 398a)*

On voit bien dans cette citation combien l'ambivalence de PLATON pour les poètes est importante. Ces demi-dieux sont malgré tout chassés de la cité. Sans doute les rêves et, par extension, les utopies dont ils sont porteurs sont-ils trop dangereux pour l'ordre de l'Etat.

… dans cette cité d'un jour la parole est donnée au poète !

C'est pourquoi j'ai trouvé de très bon augure que dans cette cité, dans cet espace de parole publique que représente cette journée, la parole soit en premier lieu donnée à Alessandro BARICCO. Parce que si les poètes, comme le pense PLATON, éloignent de l'être, c'est-à-dire selon le langage philosophique de l'essence même des choses, je crois qu'ils nous rapprochent de ce que les philosophes ont paradoxalement laissé de côté trop longtemps, à savoir l'humain, la chose humaine. Il ne s'agit pas ici de penser l'humain dans ce qu'il a d'abstrait, d'essentiel comme dirait Platon, mais bien au contraire dans ce qu'il a de concret. Il s'agit de venir le penser, et surtout il s'agit de venir l'aider à se penser dans ses actes du quotidien qui, si longtemps, sont passés (au mieux) inaperçus pour les philosophes. (hormis tout de même quelques-uns !!)

La question que vous venez poser aujourd'hui à la philosophie à travers vos interrogations sur l'acte d'accompagner rejoint le souci premier du « philosopher » qui a pour tâche de penser l'humain, de penser ce qui fait entrer chaque être dans une humanité singulière.

Accompagner, une question qui porte sur le sens de la vie.

De ce fait votre question sur l'accompagnement est une question qui va bien au-delà du simple acte d'accompagner. Elle interroge le sens de l'humain. Elle porte sur le fameux « sens de la vie » selon Emmanuel LEVINAS. Elle ne se rapporte pas à l'homme pris dans le mouvement de la connaissance du monde mais, au contraire, à celui qui est pris dans le mouvement de la vie, dans la tourmente de l'existence, c'est à dire à celui qui est pris dans le tourbillon de l'in-quiétude, dans le mouvement du non-repos. Or c'est de cette non-quiétude que naît justement l'homme en mouvement, celui qui entre dans la quête du sens de la vie, du sens de sa vie, du sens de ses actes. C'est elle qui le fait s'interroger sur son rapport à l'autre et qui le place devant un triple questionnement :

D'une part en effet, l'homme est contraint à la conscience du fait qu'il est un vivant mortel, que sa vie s'inscrit dans ce temps particulier qu'est la finitude. Il est ainsi contraint à être dans ce que j'appelle une certaine proximité avec la mort.

D'autre part, il est sans cesse confronté à l'incertitude de son identité. La question du « qui suis-je » le travaille, le taraude jusque dans ses rêves. Cette question l'inquiète et cela d'autant plus qu'il sait intimement, sans vouloir toujours l'accepter, que la réponse à sa question passe nécessairement par l'autre. S'avouer ainsi sa dépendance, lui qui ne rêve que d'indépendance, de toute puissance, n'est pas chose facile. Pour tenter de se cerner, l'homme est en effet contraint de passer par l'autre, par le regard de l'autre pour y lire la reconnaissance de sa vie ; cette reconnaissance pouvant parfois d'ailleurs ne pas être accordée, voire retirée.

Cette quête nous confronte à celle de l'altérité.

Enfin l'homme est en perpétuelle quête du fameux sens de sa vie. Pour qui suis-je en vie ? Pour quoi ? La vie a-t-elle un sens ? Cette quête le confronte encore une fois à l'altérité.

Il faut reconnaître que dans le temps de la jeunesse, prise ici au sens large du terme, le temps de la santé, dans le temps donc d'un corps et d'un esprit bien portants, ces questions sont au mieux silencieuses, au pire passées sous silence, aidées en cela par une société dont la devise pourrait être « Moi, tout de suite et tout seul », c'est à dire un mélange explosif de toute-puissance et d'immédiateté.

Cela dit, durant ce temps du refus de penser les questions que sa condition lui pose, l'homme, comme dirait Blaise PASCAL, « se divertit ». Par une course effrénée et sans fin dans la connaissance scientifique, le libertinage, l'action, il se fuit et dans cette fuite l'homme a tôt fait d'identifier la vie à la grâce, à la beauté tant du corps que de l'esprit. La vie n'est alors qu'une comédie qui se tient à mille lieues de l'existence. Or l'existence, c'est bien autre chose. L'existence qui contient en son écriture même la notion de sortie de son être, d'arrachement à soi même, ne peut être rencontrée, saisie, éprouvée que dans l'épreuve. Ce n'est effectivement qu'à partir de la rencontre avec la limite, la maladie, la mort, c'est à dire avec ce qui viendra le blesser dans la chair même de sa vie, avec ce qui viendra le blesser dans son narcissisme, que l'homme parviendra à passer dans le champ de l'existence. Ainsi appelé à vivre une douleur au-delà du supportable, blessé qu'il est dans sa prétention à tout vouloir, à tout pouvoir penser, maîtriser, l'homme est convoqué à l'inquiétude dans sa radicalité. Placé ainsi hors de ses certitudes, de ses évidences il se tient

Blessé, l'homme passe dans le champ de l'existence.

debout, muet devant l'énigme du non-sens. Et là, enfin le silence. Ensuite, son silence se fait cri. Il hurle sa rage. Viennent alors mille questions empreintes de souffrance qui surgissent du désespoir de se voir ainsi d'une part contraint à une certaine passivité et d'autre part contraint à se tenir dans une certaine proximité avec la mort.

C'est effectivement parce que cette rencontre se fait à contre courant du mouvement du divertissement pascalien, que j'évoquais tout à l'heure, que c'est une rencontre qui blesse, qui fait choc et qui opère un réel bouleversement. Elle fait en effet basculer l'homme dans le champ de l'ex-ister. Malheureusement de ce choc naît une douleur inévitable, de cet effroi, face à ce qui maintenant se révèle être vide, jaillit la souffrance, celle-là même qui désigne la rencontre de l'homme avec sa fragilité, sa solitude, sa finitude, c'est à dire avec, cette fois, les évidences de sa condition d'être humain dont l'une, et certainement la plus fondamentale de toutes, est la présence de l'autre dans sa propre expérience.

L'autre surgit dans la nudité de la condition de l'être humain.

Les circonstances du surgissement de l'autre dans la nudité de sa condition d'être humain et qui va infliger à l'homme une douleur au-delà du supportable sont nombreuses et variées. Chacun la sienne, si j'ose dire, et chacun sa façon d'être dans ce face à face avec la fragilité, la solitude, la dépendance.

Si j'ai tenu, pour commencer, à vous dire tout cela c'est que l'acte d'accompagner contient en lui cette fragilité et cela nécessairement. D'une part, on n'accompagne pas celui qui est encore dans l'illusion de la toute puissance. L'acte d'accompagner contient en son essence même un deuil. C'est dans ce deuil entendu comme perte et acceptation de la perte, que vient se loger un des clairs-obscurs les plus fondamentaux de cet acte.

Pour être accompagné, pour accepter d'être accompagné, il faut avoir reconnu en soi sa dépendance radicale à l'autre. L'inverse est vrai également : il faut avoir ressenti en soi son intime fragilité pour pouvoir accompagner, c'est à dire entendre et véritablement soutenir la demande d'aide d'un autre. Et si je dis soutenir, c'est non seulement dans le sens de donner un point d'appui mais aussi et surtout dans le sens où cette demande est soutenable et non pas insoutenable. En effet, si l'accompagnant n'est pas, au préalable, dans un rapport intime avec sa propre fragilité, sa propre faiblesse et sa dépendance radicale à l'autre, l'acte

Etre accompagné comme accompagner suppose un rapport à sa propre fragilité.

d'accompagner se transformera alors en un faire à la place de l'autre avec son cortège de violence. Face alors à un être en faiblesse, en détresse, la toute puissance de l'autre pourra s'exercer sans aucune retenue pervertissant ainsi l'acte d'accompagner qui deviendra un acte porteur de mort plutôt qu'un acte porteur de vie.

Cependant, un troisième point me semble être d'une particulière importance. Nous parlions, tout à l'heure, des circonstances du surgissement de l'autre. Il ne faut pas oublier que proposer à quelqu'un de l'accompagner peut le placer de façon extrêmement soudaine face à cette altérité et ainsi le plonger, de par cette blessure et de par la reconnaissance brutale et forcée de cette fragilité, dans un abîme de douleur, de désarroi qu'il faudra absolument prendre en compte pour que l'accompagnement puisse avoir lieu.

Cela étant et les conditions à toute parole philosophique ayant été ainsi mises en place, la philosophie est convoquée aujourd'hui à être dans un face à face avec l'humain à travers un acte singulier : celui d'accompagner.

Dans l'acte d'accompagner, il y a d'emblée inter-subjectivité.

Si j'ai choisi de parler de l'acte d'accompagner et non pas de l'accompagnement c'est parce que cette notion d'accompagnement est vide de tout sujet. Il n'y a personne dans l'accompagnement. Or d'emblée l'acte d'accompagner met en présence d'une double subjectivité : on est d'emblée dans l'inter-subjectif, dans la relation entre deux sujets : il y a toujours dans cet acte un accompagné et un accompagnant. L'un et l'autre sont indissociables. On verra plus loin qu'en fait, dans cet acte, afin qu'il s'inscrive dans l'ordre de l'humain, il y a toujours un tiers. Mais nous y reviendrons.

Auparavant, reprenons l'exemple de cette journée : j'ai accepté de vous accompagner dans votre réflexion, certes, mais vous, vous avez accepté, non seulement en venant mais aussi … en restant, que je vous accompagne. Sans vous je ne serais rien. Et pourtant c'est moi qui suis en pleine lumière alors que c'est vous qui marchez, c'est vous qui cheminez et qui, de ce

fait devriez être en pleine lumière. Moi je devrais me tenir dans l'ombre, dans votre ombre. Or, paradoxalement, malgré toutes les apparences je le suis. Je suis dans votre ombre et tout mon souci aujourd'hui comme hier sera de ne pas perdre votre ombre, parce que si je la perds, si je perds le souci de votre présence, je me perds.

L'accompagnant est dans l'ombre de celui qu'il accompagne, c'est à dire, dans le souci de sa présence.

Nous entrevoyons là un autre des clairs-obscurs de cet acte : celui qui se croit en pleine lumière, l'accompagnant, n'est en fait que dans l'ombre de celui qu'il accompagne, c'est à dire dans le souci de sa présence. L'accompagnant a, en effet, à se tenir dans ce que j'appellerai une certaine proximité d'humanité avec l'accompagné.

Mais qu'est-ce que cela signifie au fond d'être dans une certaine proximité d'humanité ?

Accompagner nécessite en premier lieu de créer en soi un espace d'accueil et cela n'est possible, comme nous l'avons vu, que parce que la dimension de l'altérité a été au préalable reconnue, c'est à dire que si l'on est soi-même en rapport avec une certaine faille.

Accompagner, c'est accueillir en creux, c'est accepter d'être touché …

Accompagner c'est accueillir, mais accueillir en creux, c'est à dire donner un espace en soi pour que l'autre puisse y placer quelque chose de lui. C'est accepter d'être touché, d'être atteint. C'est parfois même accepter d'être attaqué, mais sans pour autant être détruit, sans pour autant exercer de représailles (rétorsion, retrait) sur l'accompagné. Accompagner, c'est toujours accepter d'être le réceptacle de ce que les psy appellent les projections, que celles-ci soient en amour ou en haine, qu'elles soient de l'ordre du « je t'aime, tu es merveilleux, sans toi jamais je n'aurais fait cela, sans toi je n'y serais jamais parvenu … » ou de l'ordre du « je te hais, je te déteste, c'est de ta faute… ». Entre parenthèses, le danger serait, en somme, d'accepter les premières, ce qui, on le comprend bien, est facile et bon narcissiquement, et de rejeter les secondes, certes nettement moins agréables. Tout l'enjeu de l'acte d'accompagner réside donc dans l'acceptation des deux versants qui de toute façon sont toujours unis comme les deux faces d'une même pièce.

Mais accueillir **en creux,** j'insiste ici sur cette dimension de creux, signifie qu'il existe nécessairement dans cet espace un écart. Il s'agit, en effet, de toujours maintenir un écart, un intervalle entre ce qui m'appartient en propre et ce que l'autre a mis en moi pour, d'une certaine manière, le trouver. Cependant, décoller de ces projections, maintenir un écart,

n'est pas un travail facile à effectuer. Les pièges liés à l'inconscient et au narcissisme de chacun ne facilitent généralement pas cette tâche.

Mais il ne faut pas s'identifier à ce qui a été placé en nous.

Ainsi, pour que l'accueil puisse avoir lieu et donc, l'acte d'accompagner, il est nécessaire de ne pas s'identifier à ce qui a été placé en nous. C'est, d'une certaine façon, dire à l'autre : « je ne suis pas ce que tu as mis en moi ». Mais une autre difficulté, et non des moindres, réside dans le fait que si une telle parole est prononcée ailleurs que dans son propre discours intérieur, alors elle court-circuite tout l'acte d'accompagner et le rend alors impossible, caduc. On voit naître là un paradoxe de taille, un nouveau clair-obscur !

Reprenons si vous le voulez bien :

Ne pas devenir propriétaire mais seulement dépositaire.

L'acte d'accompagner nécessite que soit reconnue, vécue, une faille, une fragilité, une dépendance radicale à l'autre. Cette faille va créer en soi un creux, un espace où vont pouvoir venir se loger, se poser, se re-poser la détresse, la fragilité, la demande d'aide, les projections positives ou négatives d'un autre. Ce creux ainsi devenu lieu de dépôt ne sera pas un dépôt stérile si et seulement si celui qui reçoit reste vigilant sur le fait qu'il n'en est pas le propriétaire, mais seulement le dépositaire. Si cet état d'alerte, de vigilance, est maintenu, alors pourra s'établir en lui un espace de jeu autour de ce dépôt qui permettra à l'un comme à l'autre d'être véritablement dans une relation d'accompagnement.

Cependant, on l'a vue, une autre condition est encore nécessaire pour que ce jeu puisse véritablement advenir : cette condition c'est qu'un certain silence, qu'une certaine obscurité doit être maintenue autour de ce qui a été ainsi déposé.

Si en effet est dit à l'accompagné que les qualités qu'il prête à l'accompagnant et qui font justement qu'il accepte d'entrer dans une telle relation sont, en fait, les siennes, alors il est ainsi renvoyé à lui-même. Le message qui lui fait ainsi retour est une véritable fin de non recevoir, il se retrouve comme écrasé sur lui-même, l'écart creusé par la faille est de nouveau réduit et plus aucun jeu n'est possible. Le paradoxe qui s'était logé dans ce creux est alors résolu. Le jeu autour des identifications n'est désormais plus possible. Or pour que

Accompagner, un acte paradoxal, un acte clair- obscur.

ce jeu autour du savoir et du non-savoir soit envisageable il est nécessaire, que, comme le dit WINNICOTT, la situation paradoxale soit contenue et non pas résolue : « Je demande – dit-il -, qu'un paradoxe soit accepté, toléré, et qu'on admette qu'il ne soit pas résolu » (1971, p.4). Dès lors, dans l'acte d'accompagner doivent être maintenus, liés, ces deux niveaux sans tentative pour réduire la complexité de la situation. Cette condition fait de cet acte un acte paradoxal c'est à dire un acte dont il faut à tout prix maintenir la clarté dans une certaine obscurité.

Arrivés à ce point, nous sommes encore bien loin d'avoir fait le tour (si cela est possible) de cette relation.

Si accompagner c'est se tenir dans une certaine proximité d'humanité avec un autre, et j'espère que l'on comprend maintenant mieux ce que cela signifie, cette proximité ne vient cependant pas seulement se lover dans cet espace mis à la disposition de l'autre en soi. Elle vient également se loger dans un certain type de Regard qui sera adressé à cet autre.

Ce sur quoi je voudrais désormais faire porter l'attention, c'est sur le « comment » se passe ce face à face avec cet autre qui sollicite, qui me sollicite, non pas depuis sa force mais depuis sa souffrance, depuis sa détresse.

La rencontre avec l'autre est conditionnée par le regard qu'on lui porte.

La rencontre avec un autre quel qu'il soit est, la plupart du temps, d'emblée conditionnée par un certain regard porté sur lui. Ses différences sont autant de signes qui éclaircissent ou rendent obscures les raisons de sa présence à mes côtés. Parfois même ses différences physiques ou psychiques sont à l'origine d'un mouvement de recul incontrôlé qui maintient à distance de celui qui trouble jusqu'à parfois faire peur.

Il nous est arrivé à tous d'être perçus seulement à partir de ce que nous présentons aux autres dans l'apparence : celles de nos habitudes, de notre façon de parler, dans la façon de nous habiller, celles de nos professions, de nos opinions politiques…Proche est certainement le souvenir de la violence qui alors nous a été faite d'avoir été ainsi identifiés, réduits, collés à ce qui certes nous appartient, à ce qui certes nous situe différents des autres mais qui, toutefois, n'achève pas notre identité.

Celui qui est dans une demande d'aide, qui sollicite un accompagnement est, encore plus que les autres, exposé à cette violence. Sa façon tordue, vrillée, de se tenir dans un corps, dans une âme, souffrant de ne pas être droit, de ne pas être debout, attire d'emblée le regard et, d'une certaine manière, elle le fige.

Le regard qui ne retient que l'apparence fait violence à l'identité de la personne.

Sa souffrance envahit le champ du regard qui, du coup, ne prend plus en compte la profondeur, mais qui perçoit seulement une apparence.

C'est une chose de dire « M. X est toxicomane » et c'est tout autre de dire « M. X souffre de toxicomanie ». Dans le premier cas M. X est identifié à sa toxicomanie, dans le second il est maintenu dans le champ d'une humanité singulière et partagée.

Ce type de regard est alors un regard plat. Parce qu'il est plat, parce qu'il scrute, ce regard déforme et rend difforme au point que ce face à face devient véritablement insupportable et ne peut plus être soutenu ni par l'un ni par l'autre.

A cette étape de notre cheminement nous croisons là la figure du monstre. En effet ligoté alors par ce type de regard, tout sujet est littéralement tenu à distance de lui-même dans, cette fois, non pas une proximité avec la mort mais dans ce que j'appellerais : une promiscuité mortifère. Il est alors enfermé dans une gueule. Piégé dans les mailles de ce regard, ce visage devenu gueule n'a pas d'autre choix que de se faire cri pour hurler, parfois jusqu'à la mort, son désespoir, sa détresse de ne pas voir dans les yeux de l'autre le frémissement tant espéré qui marque la reconnaissance d'un semblable. Le monstre est celui qui, par son regard monstrueux, et si je puis dire monstruant, efface le visage de l'autre pour ne plus y voir qu'une gueule effaçant ainsi toute trace de son humanité.

Le regard monstrueux efface le visage de l'autre pour ne plus y voir qu'une gueule

Or, le visage, c'est ce qui est spécifiquement humain.

Mais ce qui fait qu'il est spécifiquement humain c'est qu'il ne se réduit pas à la dimension des traits perçus, sinon il s'offre dans sa platitude, dans sa dimension de gueule. Si le visage est bien ce qu'il y a de spécifiquement humain, c'est parce qu'il est une surface, un clair qui se fait profondeur, obscurité, dans et sur laquelle vient se profiler, se révéler ce qu'il y a

d'humain dans l'homme. En lui se loge la trace de l'esprit ou plutôt la trace de la présence de l'esprit qui transfigure une chair vivante en un corps humain, qui fait sortir l'homme du biologique pour le faire entrer dans la sphère de l'érotique.

Mais ce qui est spécifiquement humain, ce qui fait visage ne s'y réduit pas. Le visage est une présence vivante, et en cela il est insaisissable par le regard du voir. Voir, c'est déjà connaître, comprendre et d'une certaine manière c'est déjà s'approprier.

De ce fait, lorsque le regard se tourne vers autrui et ne voit de son visage que son nez, ses yeux, la commissure de ses lèvres, s'il n'en voit que la grâce ou la disgrâce, alors ce regard est un regard qui dé-visage et qui s'approprie autrui comme son objet. Dans ce regard là, le visage ou plutôt ce qui fait visage s'évapore, se volatilise parce que ce qui fait visage ne se donne pas d'emblée. L'incernable qu'il laisse parfois transparaître se retire au moindre regard qui le scrute.

Accompagner : se tenir dans le clair-obscur qui donne visage à l'autre.

Pour tenter de le rencontrer, pour tenter, si j'ose dire, de le croiser du regard, une attitude particulière est requise. La seule attitude digne de ce regard est celle d'un regard qui se fait présence évanescente, c'est à dire une présence qui ne cherche pas à cerner mais qui se retire de la sphère du voir, laissant ainsi au visage la possibilité de se dévoiler, de dévoiler sa nudité, de dévoiler sa fragilité. C'est un regard qui se tient dans un clair-obscur propice au surgissement d'une humanité. Accompagner c'est se tenir dans ce clair-obscur qui donne visage, qui en-visage l'autre.

LEVINAS a une très belle phrase, très simple : « *La meilleure façon de rencontrer autrui, c'est de ne même pas remarquer la couleur de ses yeux* » *(Ethique et Infini, p.89).*

Accompagner, c'est donc laisser en soi l'espace nécessaire pour que l'autre puisse venir s'y envisager. J'insiste ici sur la polyphonie du terme.

En effet, accompagner c'est, comme nous venons de le voir, offrir à l'autre un regard qui lui donne la possibilité de laisser émerger en lui son visage et, par lui, les traces de sa présence humaine. C'est un regard qui saura se maintenir dans un état d'écoute de la parole qui tente

Le visage de l'autre est assignation à la reconnaissance.

de le dire, qui tente de se dire à travers lui. Ce regard est alors un espace d'accueil, un espace d'écoute de la demande, parfois implorante, de celui qui, au-delà de sa souffrance, souhaite être reconnu dans son humanité.

Si tel n'est pas le cas, si dans ce regard ne peut se lire la reconnaissance d'une humanité partagée, alors, ce regard se fait barbare et sauvage. Ce faisant, il ouvre la voie au meurtre.

On peut par là comprendre qu'il soit si difficile de tuer, physiquement ou psychiquement d'ailleurs, un homme en face. Que se passe-t-il en effet dans ce face à face pour que tuer l'autre oblige à lui voiler la face, à lui cacher le regard ? On pensera facilement à ce qui se passe en Afghanistan et notamment avec les femmes.

Dans cette situation extrême, le visage de l'autre est comme convoqué à la présence qui, d'une part implore cette reconnaissance mais qui, d'autre part, offre au meurtrier cette même recon-naissance qui l'empêcherait d'accomplir cet acte. Ce n'est pas en effet un « reconnais moi et je te reconnaîtrai », mais un « je te reconnais et dans cette reconnaissance, tu te reconnais et tu me reconnais ». La prégnance de cette assignation à la reconnaissance est telle qu'elle identifie le meurtre au suicide. Tuer l'autre c'est se tuer soi–même.

Aussi pouvons nous dire que l'acte d'accompagner est un acte qui met en vie, qui donne vie. Accompagner, c'est l'anti-meurtre par excellence. En cela l'acte d'accompagner est un acte d'une clarté lumineuse mais qui puise sa source dans l'obscurité de l'intime, dans l'obscurité du visage.

L'acte d'accompagner permet à l'autre de s'envisager.

Fort de ce clair-obscur, l'acte d'accompagner est aussi un acte qui projette dans le temps. Il permet à l'autre de s'envisager et d'être envisagé dans un futur, c'est à dire dans une non-immédiateté. C'est non seulement lui permettre d'avoir un avenir, mais aussi lui permettre d'être soutenu dans son appréciation de ce qu'il s'estime être en mesure de vivre, dans ce qu'il souhaite être capable de vivre. C'est aussi « le soutenir dans son appréciation de ce à

quoi il peut consentir comme source de sens pour sa propre existence » *(Catherine PERROTIN)*

Accompagner permet à l'autre d'exister.

Accompagner, c'est donc se tenir dans l'ombre de l'autre pour lui laisser la possibilité de trouver, dans cet espace clair-obscur, la possibilité d'ex-ister et de trouver sens à cette existence. Ce n'est pas lui promettre que demain tout sera plus beau, mais lui permettre de maintenir en lui cet espace qui le rendra disponible à ce qui peut advenir et qu'il ne connaît pas encore.

Cependant l'acte d'accompagner contient en lui une dimension que, jusqu'à présent, nous n'avons pas abordée et qui pourtant est absolument fondamentale. C'est sur ce dernier point que je terminerai ces propos et que j'ouvrirai la réflexion.

Le Regard humain, le Regard qui en-visage comme il embellit est un regard qui se tient face à l'autre dans une certaine perspective. C'est en cela que comme le dit Emmanuel LEVINAS « l'Ethique est une optique ». Plus précisément, l'éthique est un jeu de lumière autour du singulier et de l'universel.

Accompagner, c'est être invité à répondre « de » l'autre.

Je rappelais au début que, dans l'acte d'accompagner, on était toujours trois. En effet accompagner est un acte qui met toujours en jeu un tiers. Il s'agit d'un tiers symbolique, à savoir l'humain. Dans chaque situation singulière, l'humanité de tous est en jeu. De ce fait, l'invitation qui est faite dans cette demande d'accompagnement n'est pas seulement une invitation à répondre « à » quelqu'un, à celui qui me parle. Bien sûr, je ne dis pas que la réponse n'est pas non plus de l'ordre d'une parole qui, avant tout, doit savoir se taire pour entendre cette demande. Plus fondamentalement, parce qu'accompagner c'est se tenir dans une certaine proximité d'humanité, accompagner, c'est être invité à répondre « de » l'autre.

Que je le veuille ou non, que je sache ou non comment faire, dès que j'accepte d'apercevoir le Visage de l'autre, je suis responsable de lui. Entrer dans l'humain, entrer dans la Responsabilité, est un risque qui se prend ou plutôt qui s'impose indéfiniment, tel un acte de foi qu'il faudrait re-prononcer à chaque Visage croisé.

L'éthique, ici, ne vient pas se poser en supplément d'âme. C'est dans l'éthique entendue comme responsabilité que se noue le nœud même du subjectif et de l'intersubjectivité.

Dès qu'il y a regard la responsabilité de l'autre m'incombe.

« J'entends la responsabilité comme responsabilité pour autrui, donc comme responsabilité pour ce qui n'est pas de mon fait, pour ce qui ne me regarde pas mais aussi pour ce qui précisément me regarde, pour ce qui est abordé par moi comme visage ». LEVINAS, *(Ethique et infini, p. 102).* D'une certaine manière dès qu'il y a Regard, c'est à dire dès qu'il y a un regard en-visageant ou un regard qui demande à être en-visagé la responsabilité de l'autre m'incombe. C'est une responsabilité qui va au-delà de ce que je fais. Cela veut dire que je suis responsable de la responsabilité d'autrui.

DOSTOÏEVSKI, dans Les frères Karamasov, *(la Pléiade, p. 310)* a cette formule énigmatique : « Nous sommes tous coupables de tout et de tous devant tous et moi plus que les autres. »

Il ne dit pas cela à cause de telle ou telle culpabilité qui serait sienne, à cause de fautes qu'il aurait commises, mais parce qu'il est, parce que nous sommes responsables d'une responsabilité totale, qui répond de tous les autres et de tout chez les autres, même de leur responsabilité. « Le moi a toujours une responsabilité de plus que tous les autres » selon la belle formule de LEVINAS. On pourrait ainsi dire que c'est à ce type de responsabilité que l'acte d'accompagner invite ou, plus justement, convoque.

Or être responsable, c'est être père, c'est être inscrit dans une filiation.

Accompagner signifie se tenir dans un lien de parenté qui dépasse la filiation biologique. Accompagner c'est considérer autrui comme son fils, ce qui précisément consiste à établir avec lui des relations qu'Emmanuel LEVINAS appelle « au-delà du possible ».

« Celui qui est le premier à voir l'Amérique. Sur chaque bateau il y en a un. Et il ne faut pas croire que c'est le hasard, non … ni même une question de bonne vue, c'est le destin ça. Ces types-là, depuis toujours, dans leur vie, ils avaient cet instant là d'écrit. Même tout petits, si tu les regardais dans les yeux, en regardant bien, tu la voyais déjà l'Amérique, elle était là prête à bondir, à remonter le long des nerfs ou du sang ou je ne sais quoi, et puis de là au cerveau, puis sur la langue, et puis dans ce cri (il crie), L'AMERIQUE, elle était déjà là, dans ces yeux, ces yeux d'enfant, déjà tout entière l'Amérique.

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 14

Accompagner, c'est, pour conclure et rendre la parole à Alessandro BARICCO, donner à l'autre les conditions pour que puisse venir s'inscrire dans ses yeux ce qu'il ne pourra voir que plus tard à savoir l'au-delà du possible… l'Amérique.

-Applaudissements dans la salle-

Denis REQUILLART – Merci à Marie Claire ZINCK pour cette intervention. Je me remémorais en l'écoutant quelques expressions contenues dans nos questions : respecter, chacun sa route, son chemin, la rencontre, le mode de relation, l'autonomie…

Voilà que vous les éclairez finalement d'un jour philosophique, bien sûr, mais beaucoup plus profondément sans doute que ce que nous avons pu dire entre nous ce matin. Vous allez ainsi nous aider à approfondir la place qu'on fait, en soi, pour l'autre, ce face à face où l'on ne se dévisage pas mais où l'on essaie de s'envisager et donc peut-être de permettre à ceux qui ne sont pas tellement reconnus de se reconnaître.

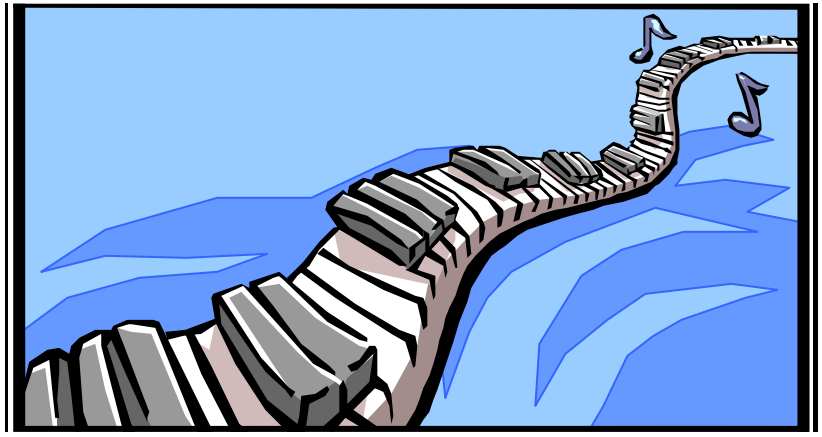
Et ce dernier mot que j'aime beaucoup aussi, la possibilité de voir tout d'un coup, au-delà du possible, l'Amérique, vision que vous empruntez au poète.

Je ne vais pas avoir l'outrecuidance de commenter beaucoup plus longtemps, et je vais donner la parole à Christian LAVAL.

Christian LAVAL

Chargé d'Etude à l'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique
En Rapport avec l'Exclusion – ORSPERE -

ACCOMPAGNEMENT ET SOCIETE



Accompagner vers l'Amérique !

Cela dépend de quelle Amérique on parle.

Mon propos sur l'accompagnement s'inscrit dans une réflexion socio-politique.

Je vais donc scinder mon intervention en deux parties.

1) Une première partie consistera à préciser quelques réflexions à partir d'un travail qui durera jusqu'à l'année prochaine. Mais dans cet inachèvement même, il m'a semblé intéressant de partager quelques constats avec vous. Je parlerai plus précisément du cas de la santé mentale mais en tentant de l'aborder dans un contexte plus large d'insertion par la santé.

2) La deuxième partie portera plus sur une reprise socio-politique concernant les principes fondateurs de l'action publique aujourd'hui et sur la manière dont se pose la question de l'accompagnement au sein de ces politiques publiques.

I - « L'insertion par la santé », une catégorie d'action construite à l'échelon local

Une thématique santé écrite avec la grammaire de l'insertion.

Cette thématique santé était déjà présente dans les textes fondateur du RMI. Toutefois, c'est dans les années 1992/1993 qu'elle « explose » sur le terrain. Un certain nombre de professionnels du travail social ou de l'insertion témoignent alors de l'existence récurrente de « problèmes de santé », physique et mentale.

Ce qui est intéressant à noter, c'est que cette thématique santé est parlée ou écrite selon la « grammaire » en vigueur dans le champ de l'insertion et non pas dans celle de la santé ou du soin.

Si on aborde plus précisément l'approche «santé mentale », elle est alors décrite par différents termes : souffrance psychologique, troubles psychosociaux, difficultés

psychologiques. Ils ont comme point commun d'être posés comme faisant frein à l'insertion (nombre de documents évoque « une gêne, un frein à s'insérer »). Le bilan « souffrance psychique » ne renvoie pas tant à une problématique intrapsychique qu'à un problème d'action. « La personne est bloquée, elle ne peut plus se bouger, avancer, se mobiliser… ».

Ce premier constat se double, d'un second. Les troubles observés ne sont pas uniquement des troubles individuels. Ils ont une dimension collective.

Qui est à l'origine de ces constats ?

Ce sont les services instructeurs, les élus locaux, certains CHRS, des organismes de secteur associatif conventionnés pour des actions d'insertion, ou encore des professionnels responsables de personnes engagées dans des CES[1]. C'est « au front » des politiques publiques que la thématique santé mentale percute celle de l'insertion.

La psychiatrie durablement interpellée par des acteurs de l'insertion.

Ce constat fait, il ouvre la voie à des logiques d'interventions différentes. Les professionnels, après de nombreuses réunions et commissions de travail, dégagent deux axes de travail : l'intervention directe auprès des bénéficiaires et le conseil/soutien auprès des professionnels de l'aide. La psychiatrie est citée parmi les institutions avec lesquelles il faudrait travailler ; elle est effectivement durablement interpellée par les acteurs de l'insertion mais au final, cette interpellation débouche sur peu d'actions partenariales.

Comment comprendre cet état de fait ? Certes, la psychiatrie manque de moyens mais peut-être manque t-elle aussi de savoir-faire ? Dès lors, les réponses apportées sont souvent initiées au niveau local, par des acteurs du local.

Dans cette première période (1990-1995), les réponses se construisent selon une logique horizontale par capillarité et par une sorte d'exemplarité. *« Telle CLI a eu vent que dans telle autre CLI, telle expérience s'est mise en place. Allons les voir, faisons un projet, essayons d'être financés sur ce projet »…* Concrètement, durant la même période, vont éclore un certain nombre d'expériences sur le terrain, de partenariat (conventionnés ou non) entre CLI, CCAS, et mission locale notamment.

[1] Contrat Emploi Solidarité

Comment caractériser le système d'action dans lequel les promoteurs de ces expériences ont inventé et tenté de faire vivre le concept *d'insertion par la santé ?*

L'étude de rapports, de documents, de projets, de bilans, mettent en avant de manière récurrente trois principes d'action, reposant sur trois types de positionnement ou de définition de la santé :

La santé : un capital individuel et social.

La santé est un problème individuel qui nécessite une appréhension en terme de capital. Mais ce capital/santé individuel est aussi un capital social. Sa perte ne correspond pas obligatoirement à une entrée dans la maladie. Elle se donne à voir dans des parcours (les fameux parcours d'insertion), par des difficultés psychiques, psychologiques mais aussi par un certain nombre de désavantages sociaux, par des inaptitudes. Il s'agit, dès lors, pour les professionnels de reconnaître et de nommer « cette perte de capital » dans l'espace que représente le dispositif local d'insertion (ne l'oublions pas, nous restons toujours dans une « grammaire » qui est celle de l'insertion). Cet axe capital/santé reste finalement congruent, bien qu'opposé à une option déficitaire. Son appréciation peut plus facilement servir de base argumentaire aux professionnels intervenant dans les CLI. En mobilisant ce registre, ils sont mieux « fondés » à orienter tel ou tel public soit vers une filière « insertionnelle », soit vers une filière sanitaire ou socio-sanitaire.

Une autre conception est celle de la santé considérée comme un droit commun auquel chaque citoyen doit avoir accès.

La santé dans un système de droit et de devoir.

Cela signifie que chaque bénéficiaire est responsable du maintien de son état de santé. Mais qui dit droit, dit aussi devoir. Il est interpellé en tant qu'acteur de santé et non comme patient d'une maladie. Ce n'est qu'ultérieurement, si un état de santé « dégradé » persiste, que s'ouvre alors à lui une «carrière » de malade[2]. A l'opposé, protéger sa santé est considéré comme indicateur et levier d'insertion qui peuvent être mis en équivalence avec l'acquisition d'une compétence professionnelle par exemple. Ainsi, si la santé est un droit,

[2] Qu'il accepte ou refuse.

n'est-elle pas aussi un devoir vis-à-vis du collectif ? Se garder en santé aurait aussi un sens par rapport au collectif. Je ne pense pas ici à l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale. Il y a l'idée d'un devoir à être présent, à être un membre actif (travailleur ou non) de la société, à contribuer à sa bonne marche et à la production de richesses.

C'est alors que se pose cette question taraudante : mais de « quelle sorte de richesse », « de quelle Amérique parlons-nous », pour faire écho à l'histoire de Novecento ?

L'offre de santé : une construction locale et citoyenne.

Enfin la santé est à l'origine d'une « offre de santé » qui se construit localement.

Une fois posé le fait que la santé est un capital individuel, qu'elle a une valeur sociale, qu'elle a à voir avec le droit et la justice, il reste à comprendre quels en sont les promoteurs dans l'espace local. Comment se construit une offre locale de santé ? L'idée même d'offre locale correspond déjà à un choix politique. En tout cas, la tension inhérente entre droit et devoir, justice et injustice, capital et déficit, porte les acteurs de l'insertion à penser naturellement cette construction d'une offre locale comme une construction citoyenne. Avec la santé, est alors associée la question de la citoyenneté et cela est certainement une bonne chose.

Ces trois axes rendent compte de la manière dont le concept *d'insertion par la santé* s'est construit. Depuis 1992/1993, on assiste en quelque sorte à une montée en généralité de ces trois registres d'action dont il conviendrait d'évaluer la pertinence et les effets produits sur les populations ciblées. Mais ceci est une autre affaire. D'une manière générale, n'a t-on pas eu affaire à ce que l'on pourrait appeler rétroactivement la naissance *d'entreprise locale de santé* à différencier de programmes de soins. Ainsi, dans cette expérimentation, la santé n'est pas l'exact contraire de la maladie ; elle doit être examinée avec d'autres outils que ceux du champ médical. Elle renvoie à une analyse socio-politique.

Si on valide que la santé est un capital, un droit individuel et une offre construite localement, au nom de quel principe politique déploie t'on des actions concrètes ? Ces

La naissance d'une entreprise locale de santé centrée sur la relation…

actions sont certainement validées au nom d'une recherche d'un *mieux être ensemble*, qui renvoie à tout ce qui a déjà été dit dans vos réactions de ce matin par rapport à la pièce de théâtre ou dans l'apport philosophique de ce début d'après-midi. A savoir, la santé, c'est la question de la rencontre, c'est la question de l'humain. Bref, une rencontre humaine, une relation, un échange d'affects, mais on ne peut rencontrer l'autre sans tenter de partager un même monde sensible. Si l'approche santé est une philosophie en acte, elle renvoie aux processus de l'intersubjectivité, à l'amour, en tout cas, à la relation de confiance. Peut-être est-ce en suivant ce fil rouge de la *relation*, que les promoteurs d'entreprise de santé ont convoqué la psychologie au cœur du dispositif d'insertion ? C'est un fait que, dès le début des années 90, des prestations de psychologues sont créées dans le cadre des divers dispositifs d'insertion (RMI, Missions Locales, Chantiers d'insertion, etc.).

… ou la convocation « impensée » des psychologues.

Certes les psychologues sont les spécialistes attitrés du relationnel et du mieux être individuel. Mais comment expliquer le fait qu'ils aient été aussi interpellés sur les deux autres thématiques constitutives de *l'insertion par la santé* (questions du droit et de la citoyenneté) : entre d'une part, l'analyse complexe, riche, faite au début des années 90 par les acteurs de l'insertion qui ne réduisait pas le problème santé à une vision strictement psychologique, et d'autre part, les réponses construites sur le terrain, il existe un écart, une sorte « d'impensé » qu'il s'agit d'interroger.

Dit autrement, les psychologues intervenant dans les dispositifs d'insertion sont pris dans un mouvement général de demandes d'accompagnement de coordination, d'animation.

II - Vers quel type de société désire t-on s'accompagner mutuellement ?

Maintenant, je vais tenter d'interroger le sens social de ces entreprises locales de santé.

Plus que de psychiatrisation ou de psychologisation de la question sociale, la tendance actuelle ne correspond t-elle pas plutôt à un processus de sanitarisation ? Qu'est-ce à dire ? Tout se passe comme si l'objet santé était convoqué dans un contexte où l'enjeu n'est pas seulement celui du soin mais celui d'une meilleure régulation de certaines perturbations

sociales où le rapport individu/société ne va plus de soi : errance, grande exclusion, incivilité, violence. Cette sanitarisation n'est pas une tendance entièrement nouvelle. Elle fait écho à une large tradition repérable depuis le 19ième siècle (cf. l'histoire de l'hygiène sociale et mentale).

Mais en ce début de 21ième siècle, à cette problématique de l'hygiène se substitue celle du lien social dans le couplage désaffiliation/réaffiliation. La question posée est : comment faire du lien en faisant des actions de santé ? S'agit-il de soigner la cité ou de traiter « la nouvelle question sociale » ? Débat…

La santé comme valeur de reliaison ?

Mais suffit-il, pour construire une société plus juste, plus égalitaire, de promouvoir la santé comme ultime valeur de reliaison ? De mon point de vue, certainement pas. C'est d'ailleurs à ce point précis, dans ce risque de réduction même, que sont placés les opérateurs sanitaires qui s'occupent d'accompagnement vers le soin et d'insertion par la santé.

Bien sûr, cet accompagnement au niveau inter-personnel est indispensable. Il permet la rencontre et facilite la reconnaissance de l'autre. Mais lorsque ce travail de reliaison n'est pas accompagné de supports sociaux collectifs, il ne peut résoudre la question du sens de l'accompagnement. Accompagner, certes, mais vers quel type de société ? Pour quel bien commun ? C'est, me semble t-il, une question essentielle qui se pose à tous les accompagnateurs que nous sommes peu ou prou.

Je vais faire maintenant un peu de science fiction…

Trois modèles rendent compte de la façon dont on peut caractériser un horizon de sens commun.

La mise en cohésion sociale par la santé.

Le premier modèle consiste à choisir d'accompagner des personnes au nom de la cohésion sociale en tant qu'elle fait lien. Mais l'utilité du lien consiste prioritairement à sécuriser le corps social, à réduire ses différentes lignes de fracture. La liberté, l'intégrité, la

subjectivité des individus passent en second. L'important, c'est qu'un certain nombre d'individus ou de groupes sociaux ne restent pas à la marge, à l'extérieur, parce que cela met en état d'insécurité tout le corps social. Vision holiste où la mise en cohésion sociale peut avoir tendance à normaliser ou à réprimer les dits « sauvageons » par exemple et autres perturbateurs qui ne demandent pas d'accompagnement.

Ce modèle, en société démocratique, est subtil parce qu'il ne renvoie pas à une conception de l'accompagnement caractérisé par l'uniformisation ou par le contrôle social. L'accompagnement vers les soins ne renvoie pas à l'obligation de soins mais à une sorte de « soins sous pression ». La santé est convoquée là où il y a risque. Il faut comprendre cela : ce n'est pas la même chose pour une personne dite en difficulté de lui proposer un accompagnement (par la santé) que de promouvoir auprès d'un public plus large une campagne de sensibilisation au médecin de famille, par exemple.

Le second modèle se structure autour de la notion d'autonomie.

La santé comme ressource singulière d'autonomisation.

Ce qui compte alors, ce n'est pas que la société soit in solidarum (pour le tout), bien que cette finalité reste importante. Mais prioritairement, ce qui légitime l'action, c'est la liberté des individus, la possibilité qui leur est offerte d'être sujets autonomes. Dans ce cas, la liberté de l'individu est une valeur cardinale de la modernité au moins aussi importante que la cohésion sociale. Au nom de cette valeur, on peut tolérer qu'à certains moments la cohésion sociale soit ébranlée. Bref, la santé des individus devient une ressource singulière d'autonomisation. La santé est un capital précieux qui aide à mieux trouver où tenir sa place dans une société éclatée et incertaine.

Dès lors, les politiques socio-sanitaires qui se construisent en miroir de ce modèle développent notamment des programmes de réduction de risques. *« Vous faites comme vous le souhaitez, vous êtes libres et autonome. Vous avez le droit d'avoir une sexualité nomade, ou de consommer des produits ».* Mais au nom de la même liberté, la préoccupation santé consistera alors à tenter de réduire concrètement les risques que vous faites encourir aux autres individus. Bien évidemment, cette position lorsqu'elle est radicalisée pose rapidement des questions éthiques importantes, au double niveau des valeurs morales et de la faisabilité de politiques de santé publique.

Un écosystème harmonieux autour de l'individu.

Le dernier modèle tente de dépasser cette opposition individu/société. Il admet le bien fondé, au nom des droits de l'homme, pour tout citoyen, à une vie de qualité, à une qualité de la vie. Cette conception noue le destin de l'individu et celui de la société dans un écosystème dont on pense qu'il doit être impérativement harmonieux, équilibré, voire sécurisé.

Dans ce modèle, l'individu n'est ni malade, ni en santé a priori. Il est tendanciellement inscrit dans divers dispositifs d'entretien de soi qui peuvent prendre la forme de soutien psychologique, pharmacologique, social pour une durée plus ou moins indéterminée (cf. Travaux d'Alain Ehrenberg).

« Sur cette maudite passerelle … (…)
Ce n'est pas ce que j'ai vu qui m'a arrêté/
c'est ce que je n'ai pas vu/
Tu peux comprendre ça, mon frère ? C'est ce que je n'ai pas vu … je l'ai cherché mais ça n'y était pas, dans toute cette ville immense il y avait tout sauf / Il y avait tout / Mais de fin, il n'y en avait pas. Ce que je n'ai pas vu, c'est où ça finissait tout ça. La fin du monde /
(…)
Moi j'y suis né, sur ce bateau. Et le monde y passait, mais pas deux mille personnes à la fois. Et des désirs, il y en avait aussi, mais pas plus que ce qui pouvait tenir entre la proue et la poupe. Tu jouais ton bonheur sur un clavier qui n'était pas infini.
C'est ça que j'ai appris, moi. La terre, c'est un bateau trop grand pour moi . C'est un trop grand voyage. Une femme trop belle. Un parfum trop fort. Une musique que je ne sais pas jouer. Pardonnez-moi. Mais je ne descendrai pas. Laissez moi revenir en arrière.
S'il vous plait /
Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 71 - 73

Pour conclure ce tour d'horizon trop succinct, je voudrais dire que l'engagement de l'action publique, dans un de ces trois modèles d'action, n'est pas sans conséquences sur le terrain. Par exemple, le troisième modèle peut plus ou moins rapidement amener à ce type de discours : *« oui, je peux comprendre que tel jeune délinquant, tel type de détenu, a effectivement ses raisons, ses bonnes raisons. Je peux comprendre avec l'aide de la philosophie, des sciences sociales… Mais face aux débordements subis dans l'espace quotidien, à un moment donné, je peux comprendre rationnellement que tel ou tel a droit de cité mais qu'il ne vienne pas dans mon jardin, dans mon quartier, dans mon espace. »*

La question posée à chacun d'entre nous est celle de l'ouverture ou de la fermeture à l'autre, lorsqu'il est en situation de non ou de refus d'accompagnement, dans l'espace du quotidien.

Voilà quelques réflexions encore en chantier. Je vous propose de continuer ensemble à exercer une analyse critique sur cette thématique complexe. Quelle Amérique voulons-nous ? D'ailleurs, est-ce vraiment d'Amérique dont il s'agit ? Ce que j'ai entendu depuis ce matin, témoigne de la richesse de la relation d'aide en contexte professionnel. Je pense qu'il

est aussi important de se réapproprier ensemble un point de vue critique concernant les enjeux de l'accompagnement dans ses dimensions politiques et sociales.

Merci.

-Applaudissements dans la salle-

Denis REQUILLART – On interroge cette fois le contexte dans lequel on se situe et dans lequel se situe cette relation, à savoir cette société qui à la fois commande et commandite un accompagnement. C'est elle qui la structure, qui lui fait du sens, mais aussi qui peut éventuellement empêcher de nous pervertir, de transformer le social en santé ou en psychiatrie, d'instrumentaliser éventuellement un certain nombre de questions ou d'outils.

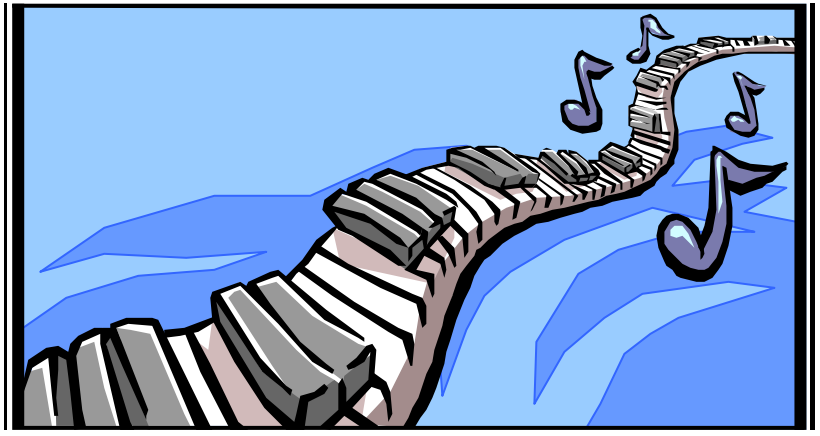
Je vais demander à Brigitte SANDRIN BERTHON de venir apporter le point de vue de la santé publique dans cette articulation qu'on cherche à faire depuis tout à l'heure, de faire le lien entre accompagner vers la santé et promouvoir la santé.

Brigitte SANDRIN BERTHON

Médecin en Santé Publique,

Délégation générale du comité Français d'Education pour la Santé – CFES –

ACCOMPAGNER OU CHEMINER AU RYTHME DE LA RELATION QUI SE NOUE



Si Christian LAVAL est intervenu après un poète et une philosophe, j'ai la lourde tâche d'intervenir après un poète, une philosophe et un sociologue, et qui plus est à une heure avancée de l'après-midi, le sommeil me gagne, sans doute vous aussi.

Tout d'abord, je voudrais dire merci aux organisateurs de cette manifestation de m'avoir invitée, et surtout leur dire bravo pour la préparation, l'organisation : je trouve très intéressant d'avoir reçu à l'avance les questions que vous vous posez ou que se posent les participants sur le thème de la journée.

J'ai compris aussi que cette journée intervenait après plusieurs mois de réflexion et d'échanges entre des professionnels issus de mondes différents (la santé physique ou mentale, le travail social ou l'éducation…) mais qui ont en commun d'accueillir et d'accompagner des personnes dont la situation sociale et la santé sont précaires.

C'est avec beaucoup d'humilité que je m'adresse à vous aujourd'hui car je ne suis plus moi-même sur le terrain et je ne côtoie plus au plan professionnel ces personnes en grande difficulté. Je suis d'ailleurs profondément convaincue que vous avez, beaucoup plus que moi, les réponses aux questions que vous vous posez si j'en juge par les propos que vous avez tenus ce matin.

Si je me suis tout de même sentie légitime pour intervenir aujourd'hui, c'est qu'avant de travailler au Comité français d'éducation pour la santé j'ai pratiqué la médecine générale, puis la médecine scolaire, puis j'ai dirigé un centre municipal de santé, tout cela dans des villes de la banlieue parisienne profondément concernées par la pauvreté, le chômage, la violence, la délinquance. C'est nourrie de ces différentes expériences que je vais essayer de clarifier avec vous le sens que je donne à l'expression « accompagner vers la santé ».

En ce qui concerne la santé, la définition dont je me sens la plus proche aujourd'hui est celle donnée par le philosophe Jean François MALHERBE dont j'ai eu la chance de suivre

La santé comme capacité à cultiver l'autonomie d'autrui et la nôtre.

l'enseignement à l'Université catholique de Louvain en Belgique, dans le cadre d'une formation spécialisée en éducation pour la santé. Il définit la santé en s'appuyant sur ce qu'il nomme l'impératif éthique fondamental, à savoir : *« Agis en toutes circonstances, de façon à cultiver l'autonomie d'autrui et la tienne se développera de surcroît »*[1]. Il présente alors la santé d'un être humain comme sa capacité à mettre en application cet impératif, donc sa capacité à cultiver l'autonomie d'autrui.

Quand notre santé se détériore, nous régressons dans cette capacité, nous devons opérer un repli sur nous-mêmes et nous sommes moins disponibles pour la relation aux autres. Dans cette mesure, nous sommes moins en capacité de contribuer à développer l'autonomie d'autrui et la nôtre. La santé n'est donc pas un but à atteindre mais un facteur qui intervient à tout moment sur notre manière de vivre et qui nous facilite ou nous complique la vie.

Bien sûr, je n'oublie pas la « sacro-sainte » définition de l'Organisation mondiale de la santé mais, d'une part, elle me paraît un peu idéaliste : qui parmi nous oserait prétendre qu'il est dans un état de complet bien-être physique, mental et social ? D'autre part, je préfère les définitions plus dynamiques : je me représente la santé plutôt comme un processus que comme un état. Si cette définition a l'avantage de rappeler au chirurgien que l'homme a aussi une âme et au psychiatre que l'homme a aussi un corps, il me paraît surtout important de rappeler aux uns et aux autres que la personne humaine est une et indivisible… comme la république !

Accompagner autrui, c'est l'aider à développer son autonomie en cultivant celle des autres.

Accompagner autrui vers la santé, c'est donc l'accompagner sur le chemin de l'autonomie, l'aider à mettre en application l'impératif éthique fondamental, l'aider à développer sa propre autonomie en cultivant celle des autres. N'est-ce pas là aussi le projet de l'éducation ?

[1] Malherbe J.-F. *Pour une éthique de la médecine*, Bruxelles, Ciaco, coll. Catalyses, 1990, 208 p.

Philippe LECORPS, enseignant à l'Ecole nationale de santé publique à Rennes, écrit d'ailleurs que l'éducation pour la santé est *« un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions :*

- *de sujet individuel désirant et contradictoire,*
- *de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint,*
- *de sujet politique, collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie. »*[2]

Concrètement comment peut-on s'y prendre ?

Je suis médecin, comme je vous l'ai dit, on m'a donc appris à soigner, à prendre en charge, à intervenir, à poser un diagnostic, à prescrire un traitement, autrement dit à définir et à mettre en œuvre ce qui est bon pour autrui, ce que je juge bon pour autrui. Comment alors concilier mon envie d'intervenir médicalement pour améliorer la santé d'autrui avec mon intention éducative de développer l'autonomie, de respecter le projet de l'autre ? Comment concilier deux logiques apparemment aussi antinomiques ?

Comment concilier mon envie d'intervenir et mon intention de développer l'autonomie de l'autre ?

J'entends cette même interrogation dans les questions que plusieurs d'entre vous ont posées. Tout à l'heure, il était question de « respecter, tolérer, nommer une personne, une histoire… » et, dans le même temps, vous vous demandiez « que faire quand il n'y a pas de demande, ou quand la demande est paradoxale ? »

Voici également quelques questions et remarques que vous avez rédigées en vous inscrivant :

« Comment amener une personne à accepter de voir ses problèmes de santé ? »

« La notion de santé des jeunes n'est pas forcément la mienne. »

« Comment faire émerger une demande ? »

---

[2] Lecorps P. *Actes du colloque du Comité des Yvelines d'éducation pour la santé*, Versailles, 1989.

« Il y a un large fossé entre la personne perçue par le professionnel et la réalité vécue par l'usager. »

« Comment amener une personne à accepter l'opportunité d'un accompagnement psychologique ? »

« Comment aider les bénéficiaires de la CMU à avoir un comportement plus raisonné dans leurs démarches de santé ? »

Vous percevez un décalage entre le regard que vous portez sur la santé des personnes en situation de précarité et le peu d'attention qu'elles semblent elles-mêmes y porter mais, dans le même temps, vous êtes pris entre votre intention de leur venir en aide et ce que vous ressentez comme une absence de désir de leur part que vous ne pouvez ou ne souhaitez pas violer.

L'accompagné : objet de mes soins et sujet de sa santé.

Cette question que j'ai introduite par la philosophie est en fait très ancrée dans la réalité quotidienne, et je trouve que le terme d'accompagnement résume à lui tout seul la difficulté que nous ressentons :

- Si je t'accompagne, je suis à tes côtés en cas de pépin pour prendre soin de toi. Tu seras alors l'objet de mes soins.
- Mais si je t'accompagne, tu marches et je marche à ton rythme, je règle mon pas sur le tien. Tu es alors sujet de ta santé.

La personne en difficulté avec laquelle je suis supposée travailler est-elle tour à tour objet et sujet ? Et avant de pouvoir l'accompagner vers la santé, comment faire pour la rencontrer ?

Lorsque vous dites « il n'y a pas de demande » ou « la demande est paradoxale », la question est : « comment faire pour que ma perception rencontre l'absence de demande ou la demande paradoxale de l'autre ? »

Créer les conditions de la rencontre.

Marie Claire ZINCK parlait, en début d'après midi, de créer les conditions de l'accueil. Oui, pour que l'accompagnement soit possible, il faut d'abord qu'il y ait accueil : cela fait écho avec ce que je pense en disant qu'il faut créer les conditions de la rencontre. Et cela rejoint certainement ce que vous-même avez dit : « parler le même langage », « avoir de l'empathie », et en même temps « accepter l'écart dans la relation ». J'ai l'impression qu'on parle de la même chose.

Toutes ces questions, je me les suis posées à une époque où je devais mettre en place des consultations médicales pour les jeunes inscrits dans les dispositifs d'aide à l'insertion. J'avais en effet la responsabilité des services de santé d'une ville de 80 000 habitants de la banlieue parisienne. Comme vous le savez sans doute, une visite médicale systématique est prévue pour les jeunes de 16 à 25 ans qui ne bénéficient ni de la médecine scolaire ni de la médecine du travail. En effet, les professionnels qui côtoient ces jeunes, Christian LAVAL le rappelait, par exemple dans les PAIO ou les missions locales, s'accordent à dire que leur état de santé est globalement très dégradé.

Le plus difficile à comprendre, c'était comment il pouvait savoir à quoi ça ressemblait, une église et la neige, et les tigres et … je veux dire, il n'en était jamais descendu, de ce bateau, pas une seule fois, c'était pas une blague, c'était absolument vrai. Jamais descendu, pas une fois. Et toutes ces choses-là, pourtant c'était comme s'il les avait vues. (…) Tu pouvais dire qu'il était fou. Mais ce n'était pas si simple. Quand un type te raconte avec une précision absolue quelle odeur il y a sur Bertham Street. Lui, dans les yeux de quelqu'un, dans les paroles de quelqu'un, cet air là, l'air de Bertham street, il l'avait respiré, vraiment. A sa manière : mais vraiment. Le monde, il ne l'avait peut être jamais vu. Mais ça faisait vingt-sept ans que le monde y passait sur ce bateau : et ça faisait vingt-sept ans que Novecento, sur ce bateau, le guettait. Et lui volait son âme.

Novecento : pianiste, éd. Mille et une nuits, Paris, 1999, p 40-41

Lorsque nous avons créé ces consultations, la plupart des jeunes qui prenaient rendez-vous ne venaient finalement pas à la consultation. Ce n'était pas franchement surprenant puisqu'on note justement dans cette population un recours aux soins tardif et dans l'urgence.

J'ai donc pris l'initiative d'aller à leur rencontre, là où ils se trouvaient, c'est-à-dire dans les centres de formation qui les accueillaient, et de leur poser en petits groupes quelques questions ouvertes sur la santé. Ce que j'ai observé, et les formateurs qui participaient à ces réunions en étaient toujours fascinés, c'est qu'ils s'engouffraient dans cet espace d'expression. Ils étaient très attentifs pendant des réunions qui duraient trois heures et souvent ils demandaient à ce qu'on ne fasse pas de pause. Je les ai écoutés parler d'eux-

mêmes, de leur santé, de leur vie. Cette simple démarche a provoqué secondairement un afflux massif des jeunes vers la consultation mise en place pour eux.

J'ai alors voulu comprendre ce qui se passait, puisque la rencontre est réputée impossible entre les jeunes en difficulté et les professionnels de santé. Nous parlons tous d'un fossé entre le regard que nous avons sur leur santé et le peu d'attention qu'ils lui portent. J'ai voulu comprendre autour de quoi pouvait tout de même se nouer la relation, autour de quels enjeux communs pouvait se faire la rencontre.

Comprendre autour de quoi peut se nouer la relation.

Avec trois groupes de jeunes et en accord avec eux, j'ai branché un magnétophone pour enregistrer nos conversations puis j'ai fait une analyse approfondie du contenu des échanges. Pour amorcer la conversation, je mettais à leur disposition une exposition de vingt panneaux réalisés par des illustrateurs de bandes dessinées et qui représentent des jeunes dans des situations de la vie quotidienne (travail, loisirs, vacances, famille, etc.). Je leur donnais la consigne suivante : « Parmi ces vingt panneaux, choisis les trois qui parlent le mieux de ta vie et, si tu es d'accord, tu nous expliqueras ensuite les raisons de ton choix. »

C'est une technique proche du Photolangage et qui permettait aux jeunes de parler d'eux-mêmes, un peu, beaucoup, pas du tout… selon leur désir.

Je ne présenterai ici que les grandes lignes de nos entretiens. Autour de quoi se nouait la relation entre ces jeunes et moi ?

Mettre des mots sur une souffrance, en amont d'une demande.

Autour de l'expression d'une souffrance, d'une plainte physique ou morale, dont les jeunes avaient besoin de parler. Cela ne laisse bien sûr pas indifférent un professionnel de la santé dont la vocation première est de soulager les souffrances. Je vous rappelle que je ne leur demandais pas de me parler de leur santé, mais de me parler de leur vie. « J'ai mal », ou « j'ai de la peine à cause d'une séparation, d'un deuil », ou « je regrette une époque plus

heureuse, ailleurs, dans un autre pays » (beaucoup de jeunes avaient vécu une rupture géographique à un moment de leur vie). S'agissait-il pour autant d'une demande de leur part ? Pas encore. Nous n'en étions qu'à mettre des mots sur une souffrance, à la reconnaître et nous créions un lien qui permettrait peut-être ultérieurement l'émergence d'une demande d'aide. Tout notre travail consistait à être là, sans occuper trop de place, en l'occurrence à ne pas devancer la demande, à lui laisser le temps de s'exprimer.

Les inviter au plaisir d'être avec d'autres.

Nous avons observé un autre point de convergence entre les préoccupations de ces jeunes et les nôtres : c'est l'importance accordée aux relations humaines. En tant que professionnels, nous considérons la communication, les échanges, la parole, comme un mode privilégié de résolution des difficultés. Pour les jeunes que nous avons rencontrés, la communication, les échanges, la parole, sont sources de plaisir. Les loisirs qu'ils nous décrivaient ou dont ils rêvaient, la plupart du temps, étaient collectifs et dans leur discours c'était le plaisir d'être avec d'autres qui primait sur l'activité elle-même. La considération que nous leur portions en les accueillant, en aménageant pour eux un lieu convivial, en leur demandant leur avis, et le fait que nous les incitions à parler en groupe, à renforcer des liens entre pairs, étaient les témoins de l'importance que nous accordions, comme eux, à la convivialité et aux relations humaines. D'ailleurs, le panneau qu'ils ont le plus souvent choisi pour parler de leur vie, parmi les vingt que je leur proposais, avait pour titre « l'invitation ». Par delà le contenu de nos échanges c'est peut-être à cela qu'ils étaient sensibles. C'est peut-être pour cela qu'ils venaient ensuite en consultation.

Aborder la notion du risque … au risque d'enliser la rencontre.

Et le risque dans tout cela, la maladie, cette santé qu'on nous disait déplorable, et qui objectivement, en adoptant mon regard de médecin, l'était ? La notion de risque n'est pas un sujet de conversation fédérateur entre eux et nous. C'est le moins qu'on puisse dire. Ils n'y viennent pas spontanément. Quand je l'évoquais (en professionnel de la prévention qui se respecte !), ils m'opposaient la notion de plaisir et la conversation s'enlisait.

Que peut-on retenir de cette expérience très modeste ?

L'appellation "jeunes en difficulté d'insertion" recouvre des réalités extrêmement diverses (on pourrait dire la même chose pour les adultes). Ces jeunes n'ont pas tous besoin de la même chose, et les réponses que nous leur apportons dans le domaine de la santé ne peuvent pas être univoques. Il est donc indispensable de leur donner la parole pour faire leur connaissance, savoir ce qui les préoccupe, ce dont ils souffrent éventuellement et ce à quoi ils aspirent.

Quelles sont alors les conditions à réunir pour que cette rencontre ait lieu, pour que le dialogue s'établisse, pour que le fossé se comble entre notre perception et la leur ? Ce sont des choses simples finalement !

Cheminer avec eux, au rythme de la relation qui se noue.

Avoir du temps… Ne pas agir dans l'urgence, sous l'emprise de l'inquiétude que leur état de santé nous inspire. Ne pas leur proposer une réponse avant même qu'ils aient formulé la moindre demande. Bien différencier l'expression d'une souffrance et l'expression d'une demande d'aide. Cheminer lentement avec eux au rythme de la relation qui se noue, et cela demande du temps.

Se déplacer vers eux… Ou bien les inviter et leur offrir un espace convivial, un moment d'échange chaleureux. Ne pas les convoquer à venir jusqu'à nous. Dans les consultations systématiques on a souvent tendance à travailler sur convocation.

Rencontrer les jeunes en petits groupes… Pour que ceux qui ont du mal à s'exprimer ne se sentent pas dans l'obligation de parler.

Leur proposer un sujet de conversation très en amont des problèmes de santé où le professionnel n'apparaît pas comme le spécialiste du sujet abordé… Ainsi la relation ne se construira pas sur la transmission d'un savoir mais sur la réciprocité des échanges. Si, en tant que médecin, je leur propose de parler de la santé, ils vont dire ce qu'ils pensent que j'attends qu'ils disent plutôt que ce qu'ils ont vraiment besoin d'exprimer. C'est pour cela qu'il me semble important d'engager la conversation par une question très ouverte.

Inviter, ne pas convoquer, et s'impliquer dans un espace où peut vivre la réciprocité d'un échange.

On peut se demander si la présence d'un médecin est nécessaire pour permettre aux jeunes en difficulté d'insertion, ou à des adultes, de parler de leur vie. D'autres professionnels pourraient bien sûr animer des moments d'échanges analogues et recueillir le même type de confidences. Le bénéfice immédiat serait le même. Mais si notre objectif est de créer une relation de confiance entre ces jeunes et le médecin pour faciliter leur accès aux soins curatifs et préventifs et, à moyen terme, améliorer leur état de santé, cela ne peut pas se faire par personne interposée. Il faut bien que le médecin accepte à un moment de « mouiller sa chemise », qu'il accepte de s'impliquer dans une action qui ne relève pas de ses compétences spécifiques. C'est une façon de témoigner aux jeunes qu'il est un professionnel capable de les écouter et de construire avec eux des réponses adaptées aux besoins qu'ils ressentent. Face à un état de santé qu'il juge déficient et une attitude vis-à-vis des soins qu'il juge négligente, le professionnel n'aura pas pour objectif de faire changer le jeune ou l'adulte à tout prix, de le faire adhérer à sa propre façon de concevoir la santé, la prévention, la vie, mais d'établir un lien avec lui et de faire confiance à cette relation naissante. Le médecin ou le professionnel quel qu'il soit ne renie pas pour autant ses compétences, ses valeurs ou ses convictions mais il permet d'abord à l'autre d'exprimer les siennes. Pendant les débats, les jeunes ne me posaient d'ailleurs jamais de questions d'ordre médical. En revanche, dès les entretiens collectifs terminés, plusieurs me demandaient conseil individuellement, me replaçant ainsi dans un rôle plus traditionnel de médecin. Si la relation s'établit dans la confiance, selon le principe d'un enrichissement réciproque, les jeunes sont alors prêts à entendre le discours médical. Ils perçoivent sans doute que ce savoir est à leur disposition, sans leur être imposé comme la seule vérité.

Ce que je raconte à partir de mon expérience n'est pas un modèle à suivre. J'ai seulement voulu décrire les éléments de réponse que j'ai trouvés aux questions que je me posais à ce moment-là et qui ne me semblent pas fondamentalement différentes de celles que vous vous posez actuellement. Vos réponses seront forcément différentes des miennes, adaptées à votre situation, à votre statut, à l'époque d'aujourd'hui et aux gens pour lesquels vous travaillez.

J'ai le sentiment que ce type de rencontre est un point de départ possible pour un travail d'accompagnement. Créer les conditions d'une telle rencontre, c'est se donner les moyens de trouver le bout de la pelote de laine… après, il n'y a plus qu'à la laisser se dérouler. Le plus compliqué est d'arriver à établir cette jonction. Après, œ n'est plus qu'une question de méthode.

Je pense qu'il y a deux choses à savoir pour être en mesure d'accompagner les personnes en difficulté vers la santé.

D'une part, il faut savoir créer les conditions d'un échange, d'un dialogue authentique, d'une rencontre entre professionnel et profane. Il s'agit, en particulier pour les médecins, d'apprendre à ne pas savoir pour l'autre, de renoncer à l'exercice d'un pouvoir sur l'autre qui ne se justifie que dans des situations extrêmes (urgence, réanimation…).

Apprendre à ne pas savoir pour l'autre.

Jean-Pierre DESCHAMPS a écrit en 1984 une phrase que j'essaie d'appliquer depuis quinze ans, et qui guide véritablement mon action comme une balise, un repère :

« L'éducation pour la santé doit avant tout être écoute, plutôt que parole, et fondamentalement, faire confiance à la population dans ses capacités à identifier, décrire, et éventuellement résoudre, ses problèmes de santé »[3].

D'autre part, il faut savoir analyser le contexte socio-politique et institutionnel dans lequel s'inscrit notre action. Je citerai encore Jean-Pierre DESCHAMPS :

Faire de l'éducation pour la santé, un outil de changement social.

« En prenant acte du fait que les principaux déterminants de la santé et de la maladie sont de l'ordre socio-économique et culturel, il s'agit de faire de l'éducation pour la santé un outil de changement social, et non plus seulement un moyen de modifier les comportements »[4]

Christian LAVAL parlait tout à l'heure de lutter contre la sanitarisation du social. Pour dire les choses autrement : si les gens sont dans cette situation, le simple fait de travailler avec

[3] Deschamps J.-P. *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé*, La revue du praticien, 34, 1984, p. 485-497.
[4] Deschamps J.P., id.

eux sur la santé ne va pas révolutionner le monde ; les causes de leur état de santé se situent à bien d'autres niveaux que le niveau strictement individuel.

Il est important de garder cela bien présent à l'esprit. Comme le disait Agnès GRANIER dans un échange que nous avions tout à l'heure, cela nous aide *« à situer nos actions dans un projet plus global de promotion de la santé, à donner du sens à ce que nous faisons. »* Effectivement, ces échanges avec les jeunes représentent une action tout à fait microscopique : elle n'a de sens que si elle s'inscrit dans une réflexion plus générale sur ce qui détermine la santé de ces jeunes et sur les moyens qu'on a de l'améliorer. Un cadre intéressant de référence est la Charte d'Ottawa[5] qui définit la promotion de la santé, charte qui vous a été remise à l'accueil. Elle préconise, pour améliorer la santé d'une population, de travailler autour de cinq axes que l'on peut résumer ainsi :

Inscrire nos actions dans une réflexion sur ce qui détermine l'état de santé des personnes.

- **L'axe politique**.

  Veiller à la mise en œuvre dans tous les secteurs de la vie publique, de mesures respectueuses de la santé, notamment en matière de législation, de fiscalité et d'organisation des services.

- **L'axe environnemental**.

  Créer des environnements, des conditions de vie et de travail qui exercent une influence positive sur la santé.

- **L'axe de la participation**.

  Renforcer la démocratie sanitaire, c'est-à-dire la possibilité pour les individus et les groupes de participer aux décisions qui concernent la santé publique, et donc leur propre santé.

- **L'axe d'éducation pour la santé**.

- **L'axe de réorientation des services de santé**.

  Ceux-ci ne doivent pas seulement délivrer des soins médicaux, mais faciliter et prendre en compte l'expression des personnes et des groupes en matière de santé, participer à

[5] Charte d'Ottawa, conférence internationale pour la promotion de la santé, 17-21 novembre 1986

l'éducation pour la santé et travailler en partenariat avec les autres secteurs concernés par la promotion de la santé.

Ce cadre de référence peut constituer une grille de lecture de nos actions. Il nous invite aussi à ne pas rester tout seul dans notre coin. En effet, ce qui est sans doute déterminant dans l'amélioration de la santé d'un public en grande difficulté, c'est la façon dont nous, professionnels, nous allons travailler ensemble. Je me réjouis qu'aujourd'hui l'assemblée soit relativement large en termes de représentations professionnelles d'une part et institutionnelles d'autre part[6]. En effet, quand on lit les cinq axes de la Charte d'Ottawa on voit bien que cela ne repose pas que sur une seule catégorie de professionnels. Une éducation pour la santé, un accompagnement vers la santé, qui s'inscrit dans cette dynamique de promotion de la santé va non seulement interpeller et travailler avec les gens eux-mêmes, mais aussi interpeller les professionnels, les responsables politiques et institutionnels qui, de par leur fonction ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population.

Une démarche de promotion de la santé interpelle tous les acteurs.

Notre action auprès de ces publics n'a de sens que si on la resitue dans un projet plus global d'intervention visant à améliorer la santé de la population, en particulier des personnes les plus démunies.

En conclusion, je voudrais répondre à une autre de vos questions : « Y a-t-il une méthode d'intervention spécifique pour promouvoir la santé des personnes en situation de précarité sociale ? »

Je pense très sincèrement que non.

La démarche éducative qui contribue à développer l'autonomie des personnes, la démarche d'accompagnement, est toujours la même. Il s'agit d'établir une relation d'équivalence, de permettre aux personnes d'exprimer leurs connaissances, leurs croyances, leurs attentes, leur souffrance, puis de construire à partir de tout cela, et avec elles, des réponses qui leur

La démarche d'accompagnement est la même pour toutes les populations.

[6] Voir analyse du profil des participants en annexe

sont adaptées. C'est seulement à cette condition que la démarche éducative peut favoriser l'autonomie des personnes.

Seulement, quand on ne respecte pas cette démarche avec des élèves de cours élémentaire sans difficulté particulière, on ne se rend pas forcément compte de son inefficacité : ils sont bien sages, ils savent répéter ce qu'on leur enseigne, et on peut conserver l'illusion d'avoir accru leur degré d'autonomie.

En revanche, quand on travaille avec des personnes en difficulté ou avec des jeunes en révolte, on s'aperçoit vite qu'on est à côté de la plaque en leur délivrant un discours tout fait de bonne conduite sanitaire ou en leur expliquant ce qui est bon pour eux.

Un bon exemple du décalage qui peut exister entre les perceptions, les valeurs des professionnels et celles de la population, nous est fourni par Paolo FREIRE dans un ouvrage déjà ancien :

La rigueur éthique et méthodologique mise en œuvre auprès des personnes en difficulté est au bénéfice de tous.

« Un groupe d'habitants d'un immeuble collectif pauvre discutait à propos d'une scène où l'on voyait un homme ivre marchant dans la rue, et un peu plus loin trois jeunes gens en train de bavarder. Les participants déclarèrent que seul est productif et utile à la nation l'ivrogne qui revient chez lui après son travail, mal payé, préoccupé à cause de sa famille dont il ne peut satisfaire les besoins. […] Lui seul était utile au pays, parce qu'il travaillait, alors que les autres ne savaient faire qu'une chose, dire du mal d'autrui. Et, après avoir valorisé celui qui boit, ils s'identifient à lui, car eux aussi sont des travailleurs qui boivent. Et ils sont des travailleurs honnêtes. Imaginons maintenant, l'échec d'un éducateur qui leur aurait fait un sermon contre l'alcoolisme, leur présentant comme exemple de vertu ce qui pour eux n'est pas une manifestation de vertu. »[7]

Si l'on peut plaquer des messages de santé aux jeunes des cours élémentaires sans avoir conscience qu'on ne travaille pas très bien, ce n'est pas vrai avec les personnes en difficulté. Je trouve ce constat assez encourageant : le fait de travailler avec des personnes socialement et culturellement éloignées de nous, nous oblige à des pratiques plus

[7] Freire P. *Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspéro, 1974.

rigoureuses au plan méthodologique, au plan éthique, et finalement cela nous enrichit puisque cela nous permet d'améliorer nos modes d'intervention pour toutes les catégories de population.

Je vous remercie.

-Applaudissements dans la salle-

Denis REQUILLART – Je remercie Brigitte SANDRIN BERTHON d'avoir pu insister sur les conditions de la rencontre, et notamment la confiance qu'il y a à mettre dans la relation qui s'instaure, car c'est souvent le plus difficile.

Je crois que nous nous interrogerons encore longtemps sur la rencontre, le respect de ce qu'est chacun, les questions de la demande ou de la non demande, de l'autonomie, mais aussi sur les questions qui avaient trait à ce que les institutions attendent de nous et ce en quoi elles cadrent notre intervention d'accompagnant ou d'accompagnateur.

Ces trois premières interventions ne nous apportent certainement pas des réponses, mais sans aucun doute des questions supplémentaires, un peu plus profondes, des questions qui nous amènent à cheminer et nous obligent aussi à nous mettre dans une position critique par rapport à ce qui est notre métier habituel. C'est sans doute ce qu'on peut attendre d'une journée d'échange et de réflexion.

Je vais donc demander maintenant aux 4 témoins de bien vouloir nous rejoindre à la tribune, à savoir le Docteur Odile GARRIGOU, Anne Frédérique GRANGE, François BOURSIER et Frédérique GERVASONI, et d'expliquer qui elles et ils sont, un peu comme Brigitte SANDRIN BERTHON vient de le faire, et de bien vouloir mettre en relation cette part de leur activité, les questions qu'ils ou elles se posent, et les questions que nous nous sommes posées ou que nous continuons à nous poser depuis ce matin. Donc de faire une relation avec

ce que j'ai indiqué comme pouvant être le fil rouge, la toile de fond de nos questions et convictions.

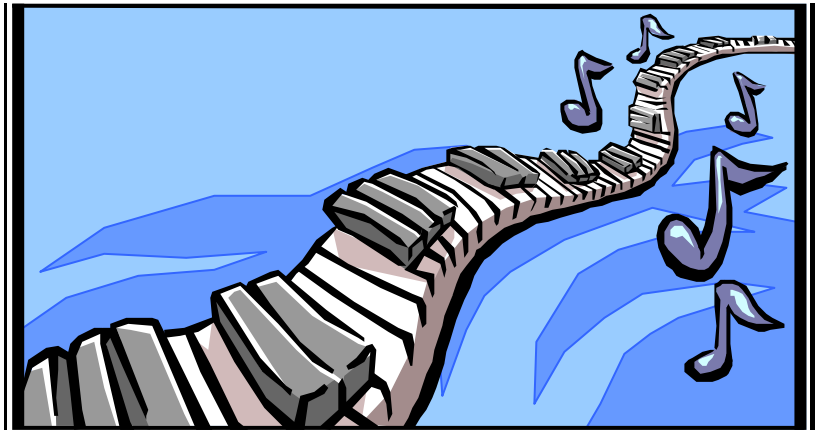
Après ce premier temps, nous essayerons de reprendre deux ou trois questions avec vous et sans doute de débattre un peu plus en amont.

Je donne la parole à Odile GARRIGOU.

Odile GARRIGOU

Médecin au Centre d'Examen de Santé
de la CPAM de Bourg en Bresse (Ain)

L'EXAMEN PERIODIQUE DE SANTE :
UN OUTIL D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTE



Après le poète, après la philosophie, après le sociologue, après la spécialiste de santé publique, on pourrait peut-être être complexé, mais je ne le serai pas.

Je vous le dis tout de suite, cela fait 20 ans que je suis médecin dans un centre d'examen de santé, et je ne suis pas complexée parce que je débuterai par la conclusion du Docteur SANDRIN. C'est une grande richesse que de rencontrer ce public en difficulté, et je n'ai pas de complexes parce qu'il m'a beaucoup apporté.

Des bilans de santé « ciblés » vers les populations en difficulté.

Vous savez tous ce qu'est l'examen périodique de santé, bilan de santé offert à tout assuré social, tous les cinq ans, par la Sécurité Sociale. Depuis 1992, les centres d'examen de santé ont vu leur mission modifiée, dans la mesure où on leur a demandé de cibler les bilans de santé en direction des populations en difficulté. Le centre de Bourg en Bresse a une spécificité, puisqu' en 1990, aux côtés des bilans de santé, nous avons ouvert une consultation de Médecins du monde dans les locaux mêmes du centre, ce qui nous a permis de toucher un public encore plus désocialisé que celui que les centres touchent habituellement (durant plusieurs décennies, les 65 centres touchaient surtout un public médicalisé, voire surmédicalisé.).

En quoi l'examen périodique de santé peut-il être un outil dans l'accompagnement vers la santé, et plus particulièrement pour les publics en difficulté d'insertion ? (Je n'ai en fait que des questions et je dis cela pour que vous ne m'en posiez pas par la suite… parce que je n'ai pas de réponse toute faite sur le sujet…).

Quand on m'a demandé d'intervenir ici, j'ai d'abord cherché ce que voulait dire accompagner. J'avoue avoir écouté avec beaucoup de plaisir la première intervention ! Je ne savais pas que c'était si riche. J'avais simplement mis « accompagner, c'est aller avec et simultanément ». C'est donc beaucoup plus modeste.

Puis je me suis demandée : « accompagner qui et où ? »

Accompagner qui ?

Notre devoir est de respecter son droit.

Il s'agit d'une personne qui a son histoire, son passé, souvent fait d'échecs et de ruptures. On la voit à un moment donné et on va s'inscrire dans son histoire à ce moment là. Cet « autre », au moment de la rencontre, a des désirs, des rêves, il a des possibilités, des impossibilités, et des insuffisances… tout comme le soignant. Il n'est pas souvent le sujet idéal qui va nous conforter dans nos désirs professionnels narcissiques légitimes, et j'insiste c'est son droit, et notre devoir est de respecter son droit.

Nous allons l'accompagner où ?

Vers la santé… Si on demandait aux deux cent participants à cette journée ce que chacun met derrière le mot santé, je crois qu'il n'y aurait pas de définition. Univoque. Il y aurait peut-être même une définition par participant. La notion de santé est différente pour chacun d'entre nous. Le premier travail est alors le problème des représentations que chacun a sur la santé.

Le bilan de santé doit permettre au sujet d'améliorer sa connaissance sur sa santé et sur la santé.

Le bilan de santé proposé doit permettre d'améliorer la connaissance du sujet sur sa santé et sur la santé. Pour cela, il propose un temps d'échange, il permet au consultant de verbaliser une difficulté d'ordre psychologique, psychosocial ou autre. Il permet de mettre en évidence les problèmes de santé pouvant interférer avec ses désirs et avec son insertion et favoriser la prise en charge de ceux-ci. Il informe sur les comportements à risques, mais toujours en partant du vécu du consultant, et non pas d'un « catéchisme de la santé ». Enfin, il informe sur l'accès aux droits, éventuellement les ouvre, et l'accès aux soins grâce à des consultations gratuites auprès du médecin choisi par le consultant lui-même.

Je me suis alors posée la question suivante : « est-ce qu'il y a adéquation entre les objectifs, notre mission de médecin de Centre, et l'accompagnement ? » Je n'ai pas la réponse.

J'ai envie de dire que comme tous les outils, puisque le bilan de santé n'est qu'un outil qui est finalement ce que nous voulons bien en faire, mais il restera un outil et ne saura être en aucun cas la solution. Ce qui est souvent un peu gênant, c'est qu'on propose comme solution des outils. Je crois qu'il faut faire attention à cela..

Le bilan de santé met en œuvre le seul moyen d'action efficace : l'écoute.

Le bilan de santé nous offre la possibilité de mettre en œuvre ce qui est pour moi le seul moyen d'action efficace, à savoir l'écoute. On en a parlé beaucoup, peut-être encore pas assez. L'écoute qui n'est pas une fin en soi, mais qui est une attitude permanente que l'on doit avoir, et qui est le moyen de rentrer en contact avec l'autre, la neutralité bienveillante, chère à Freud, qui implique transfert et contre transfert entre le consultant et le consulté.

Il y a trois temps dans le bilan que nous proposons.

La première étape, en amont du bilan, est la rencontre de l'autre. On rencontre les personnes en général en petits groupes pour qu'ils puissent s'exprimer, pour qu'ils nous situent bien ; on se « cadre » les uns, les autres. Qui sommes-nous ? Qui es-tu ? Quelles sont tes attentes ? Quelles sont nos représentations, à moi, à toi, de la santé ? Depuis quelques années de nombreux immigrés fréquentent la consultation de Médecins du Monde[1] et le Centre d'examen de santé. L'accompagnement de ces personnes, outre les difficultés liées à la langue, a encore diversifié les représentations de la santé auxquelles nous étions confrontés.

[1] Les immigrés constituent, en 2001, la grande majorité des consultants des dispensaires de MDM. A Bourg en Bresse nous envisageons de fermer le dispensaire de soins MDM pour obliger les financeurs à mettre effectivement en place les PASS, car MDM a toujours soutenu que nous ne devions pas nous substituer au service public.

L'objectif de l'accompagnement est d'aider à la réappropriation par le consultant de sa santé..

La deuxième étape se situe quelques jours après. C'est la venue au centre de la personne. Elle n'y est jamais contrainte. Elle vient après avoir eu cette première approche, le jour du bilan. Ce jour là, elle va rencontrer des professionnels du centre, l'équipe pluridisciplinaire : médecin, dentiste, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute, infirmières, etc…Elle fera donc connaissance avecune partie de l'équipe. L'important pour nous à ce moment là est de lui faciliter l'expression, de faire tomber ses peurs, car il y a souvent beaucoup d'appréhension, de lui donner l'occasion d'être elle-même, de se révéler telle qu'elle est, si elle le veut. On l'informe, on la conseille, en fonction de ses demandes.

Ensuite, il y a la troisième étape qui se situe dans les jours qui suivent, voire même dans les semaines ou les mois qui suivent. C'est ce qu'on appelle l'accompagnement proprement dit. L'objectif de cet accompagnement est la réappropriation par le consultant lui-même de sa santé. La difficulté est de savoir écouter son projet, de ne pas projeter, de le respecter, et surtout de lui donner des moyens utilisables par lui pour atteindre <u>son</u> objectif de santé.

Voilà, ce n'est pas grand chose. C'est ce que je fais.

Etre un espace transitionnel de soins.

En conclusion je dirais que, notre objectif étant d'accompagner, nous nous sommes vite rendu compte que les outils que l'on fabriquait, que l'on mettait à disposition, ne sont pas forcément utilisables tout de suite, dans l'immédiat, pour de nombreuses raisons, culturelles, matérielles, etc… C'est pour cela que l'objectif de notre centre est d'être un espace transitionnel de soins dans l'esprit de l'objet transitionnel de Winnicott.

-Applaudissements dans la salle-

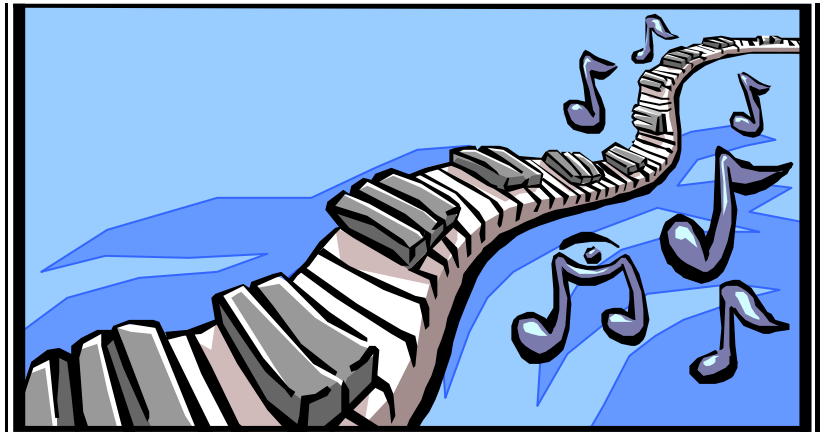
Denis REQUILLART – Voilà donc qui remet d'une autre façon en perspective le soin et l'écoute.

Je vais tout de suite donner la parole à Anne Frédérique GRANGE qui est assistante sociale à la PASS de l'Hôpital de Chambéry pour lui laisser le soin elle aussi, sans doute, d'articuler d'une autre manière cette structure vouée aux soins et les problématiques plus sociales liées à l'exclusion.

Anne Frédérique GRANGE

Assistante sociale PASS
du centre Hospitalier de Chambéry (Savoie)

UNE PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE
- PASS –
EN TROIS PÔLES



On m'a demandé de vous présenter la permanence d'accès aux soins de santé – PASS -. Je pense qu'il est important de vous préciser mon poste de travail pour bien comprendre de quelle manière s'inscrit la PASS à l'Hôpital de Chambéry.

Permettre aux populations les plus vulnérables d'avoir accès au plateau technique de l'hôpital.

Je suis assistante sociale, embauchée par l'Hôpital de Chambéry, à 75 % sur un poste de référente toxicomanie depuis 3 ans, et à 25 % sur la permanence d'accès aux soins de santé depuis un an. Sur le poste de référant toxicomanie, je suis mise à disposition d'un centre de soins pour toxicomanes, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. L'intérêt de ce travail, toxicomanie et permanence d'accès aux soins de santé, est le binôme avec un médecin, lui-même à mi-temps sur la toxicomanie et à mi-temps sur la permanence d'accès aux soins de santé.

Les PASS sont mises en place dans les centres hospitaliers qui en font la demande, dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions. Elles ont pour mission de favoriser l'accès aux soins pour les personnes dites les plus démunies. Le but n'est pas de créer un dispositif pour pauvres, et donc une médecine à deux vitesses, mais bien de permettre aux personnes les plus vulnérables d'avoir accès au plateau technique de l'hôpital.

La PASS applique 3 points « révolutionnaires » pour les hôpitaux.

La PASS est fondée sur trois principes qualifiés de « révolutionnaires » pour les hôpitaux.

Le premier est que ce n'est plus aux personnes de s'adapter aux hôpitaux, mais bien aux hôpitaux de s'adapter aux personnes les plus démunies.

Le deuxième point est que l'hôpital doit s'assurer avant la sortie de chaque personne que les soins prescrits peuvent être continués à la sortie de l'hôpital.

Le troisième point est que les personnes, notamment les plus démunies, sont partenaires et acteurs dans leurs soins.

A Chambéry, la Permanence d'accès aux soins de santé se définit en 3 pôles.

Il y a la *PASS extra hospitalière* qui existait avant la loi. La loi a simplement permis de pérenniser les choses qui étaient mises en place avant, et notamment le point santé.

L'espace solidarité accueille pour les « petits soins » et accompagne vers le droit commun.

Les médecins et les infirmières de l'hôpital, ou les médecins libéraux, interviennent à l'extérieur de l'hôpital dans un espace qui s'appelle l'espace solidarité, sur des créneaux horaires très restreints, qui permettent d'accueillir les personnes en grande difficulté pour les petits soins, sur le court terme, et ensuite de les accompagner vers le droit commun.

Le deuxième point de la PASS est *le réseau* qui n'est pas officialisé. Il permet un travail entre la PASS intra hospitalière et la PASS extra hospitalière, et tous les partenaires : les acteurs sociaux, médicaux, tous les intervenants en lien avec le logement (CHRS ou les centres d'hébergement d'urgence), l'aide alimentaire, vestimentaire et tout ce qui a trait aux soins. Ce réseau entre les partenaires de l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital n'est pas officialisé, mais il marche très bien à Chambéry.

Le troisième point est *la PASS intra hospitalière* qui n'a pas fini de se mettre en place. Elle est rattachée au service infectieux de l'hôpital de Chambéry, du fait de l'histoire. En effet, les médecins du service infectieux se sont investis dans tout ce qui était prévention par rapport au Sida, puis tout ce qui était soins aux détenus... et maintenant la PASS. Beaucoup d'autres centres hospitaliers ont rattaché la permanence d'accès aux soins de santé au service des urgences.

Nous avons également fait le choix de ne pas apparaître dans un lieu spécifique, indiqué dans l'hôpital. Quand on rentre à l'hôpital de Chambéry, on ne sait pas où se trouve la PASS. On voulait ainsi éviter le risque de faire une médecine à deux vitesses. Nous ne sommes de toutes façons pas assez nombreux pour tenir une permanence d'accès aux soins de santé en tant que telle dans un local.

Eviter le risque d'une médecine à deux vitesses.

Nous avons donc plutôt travaillé à présenter cette PASS à tous les partenaires extérieurs, toutes les associations avec qui nous travaillons déjà, mais également à tous les partenaires internes à l'hôpital. C'est d'ailleurs avec ces derniers qu'il a été le plus difficile d'expliquer que l'accès aux soins pour les plus démunis était important. Cela s'explique facilement, car à l'extérieur de l'hôpital la présentation de la PASS se faisait auprès d'associations qui travaillent déjà avec des populations en grande difficulté. Par contre, à l'intérieur de l'hôpital c'est plutôt une médecine traditionnelle avec accueil du patient, diagnostic du médecin, soin éventuel, et surtout sortie de l'hôpital !

Nous avons donc consacré beaucoup de temps d'une part à expliquer ce que nous souhaitions faire de cette PASS, mais surtout à comprendre ce que nos collègues, nos partenaires, en attendent pour pouvoir adapter au fur et à mesure la PASS à leurs besoins et surtout aux besoins des personnes pour laquelle elle a été mise en place.

Un comité de pilotage composé à 75% de personnel hospitalier et à 25% de personnes extérieures.

Récemment nous avons constitué un comité de pilotage, composé à 75 % de personnels hospitaliers et à 25 % de personnels extérieurs à l'hôpital. Ce comité de pilotage permet à la PASS de ne pas reposer sur deux personnes, soit le médecin référent et moi-même, mais d'être bien le porte-parole de toutes les difficultés rencontrées par les personnes en grande difficulté dans l'entrée à l'hôpital ou l'accès au plateau technique.

La mission de la PASS est d'accompagner dans les soins. L'accompagnement dans les soins se décline pour moi de différentes façons.

L'accès aux droits pour les personnes en grande précarité, travail traditionnel a priori de l'assistante sociale : cela m'a demandé une adaptation spécifique aux personnes en grande difficulté. Il a fallu prouver que le travail de l'assistante sociale à l'hôpital dans le cadre de la PASS était aussi, par exemple, de prévoir une garde de chien pour que la personne puisse venir en consultation, de négocier avec un service un jour supplémentaire d'hospitalisation pour pouvoir trouver une paire de chaussures (quand Robert m'a demandé de lui trouver une paire de chaussures en 47, j'ai eu du mal !)

Tout travailleur social peut être un lien et un trait d'union.

C'est aussi accompagner les personnes, physiquement, dans une salle d'attente pour calmer l'appréhension d'une attente dans un hôpital ou chez un médecin : tout travailleur social peut être aussi un lien et un trait d'union, quand la personne concernée nous fait confiance.

Suite à des constats dans notre travail à la PASS, on se pose des questions qui se rapprochent de celles évoquées jusqu'à présent :

« Comment travailler quand les souhaits ou les demandes sont exprimées ou non, réalistes ou non, et réalisables ou non du fait de notre position dans une institution ? »

Comment travailler ensemble à l'accompagnement d'une personne, avec un objectif partagé avec elle ?

« Comment se fait-il que des personnes qui sont suivies par différentes institutions ou associations ne bénéficient d'aucun accompagnement social ? »

Ce qui m'amène à une troisième question qui relie un peu les deux. :
« Comment différents partenaires qui sont missionnés de différentes institutions, qui travaillent donc avec des priorités différentes, avec des limites différentes, avec des exigences de résultats différents, peuvent-ils travailler ensemble dans l'accompagnement d'une personne, chacun avec ses compétences et avec un objectif qui soit partagé avec cette personne ? »

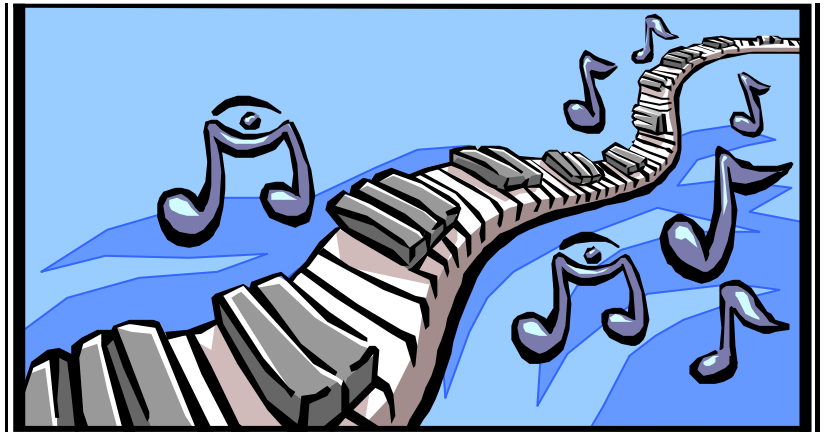
Denis REQUILLART – Tous ceux qui ont une pratique savent que cette question se pose souvent, et qu'elle est peut-être une des questions que les professionnels ont le plus besoin de reprendre très souvent et dans des lieux comme celui-ci…Parce que c'est aussi la seule manière d'adapter sa pratique à la demande, au projet des personnes.

Je donne maintenant la parole à Frédérique GERVASONI, infirmière référent santé RMI dans le Nord Isère.

Frédérique GERVASONI

Infirmière référent santé RMI, Nord Isère

ACCOMPAGNER LES PERSONNES DANS LE CADRE DE L'INSERTION ?



Je suis infirmière au sein du dispositif RMI sur le territoire Nord Isère, en poste CLI depuis le début de l'année 2000. Je travaille sur le territoire des deux CLI, la Tour du Pin et Bourgoin ville nouvelle, avec trois axes de travail qui ont été bien définis.

Le premier axe c'est **la mise en réseau des professionnels** du secteur social et du secteur médical.

Le deuxième axe est **la mise en place des actions qui visent à faciliter l'accès aux soins** des personnes en difficulté, en situation de précarité. Dans cet axe je travaille notamment toujours en partenariat avec les professionnels qui sont ou qui interviennent sur le secteur, notamment concernant l'accès au bilan de santé. Nous dépendons de deux Caisses d'assurance maladie, la Caisse de Grenoble et la Caisse de Vienne.

Réfléchir à ce qui peut se faire en aval et en amont d'un bilan de santé.

Nous sommes est en train de réfléchir sur ce qui peut se faire en amont et en aval de ces bilans. En amont, ce sont surtout des questions sur la mobilité des personnes, puisqu'on est un territoire qui est assez pauvre à ce niveau. En aval, après le bilan de santé, que pouvons nous mettre en place, proposer ?

Dans ce même cadre, je travaille en partenariat aussi sur l'information aux droits, sur la CMU. Cet axe de travail m'amène aussi à aller beaucoup sur le terrain, les ateliers d'insertion, les chantiers d'insertion, pour essayer de rencontrer les personnes qui y sont et échanger sur leurs préoccupations.

Le troisième axe est celui de **l'accompagnement santé**.

L'accompagnement se fait sur décision de l'équipe technique : la personne peut-elle alors entrer dans un objectif de santé ?

L'accompagnement se fait sur décision de l'équipe technique… Cela veut dire que ce n'est pas à partir de la demande de la personne. Il s'agit d'une demande des professionnels, pour une personne. Il m'est demandé alors d'intervenir, d'essayer de voir avec cette personne comment être le plus aidante au niveau de sa santé.

Ce n'est pas sans poser de problèmes.

Les premières rencontres consistent avant tout à essayer d'établir un lien de confiance pour que l'accompagnement santé puisse prendre forme. Très souvent les personnes se croient obligées d'accepter de me rencontrer car elles sont persuadées que, si elles ne le font pas, leur RMI sera suspendu… Je me pose alors vraiment des questions sur ce que ce type de situation, où la personne n'est pas vraiment à l'origine de la demande, peut induire dans la relation et dans les pratiques professionnelles.

Quelles projections risquons-nous de faire sur les personnes à partir de nos propres représentations ?

C'est pourquoi j'ai été sensible tout à l'heure aux questions posées, par exemple : *« comment faire pour que la personne puisse définir un objectif si elle n'a pas de demande propre ? »*. Par ailleurs, puisque ce sont les professionnels qui perçoivent la nécessité d'intervenir au niveau de la santé auprès d'un public démuni, ou d'un public qu'ils vont percevoir comme démunis par rapport à leur santé, je me pose la question : *« quelles sont les projections que nous risquons de faire sur les personnes, à partir de nos propres représentations… où est la vraie demande ? »*

J'ai débuté cet accompagnement santé au début de l'année. C'est donc tout récent.

Ce sont les questions que je me pose aujourd'hui, avec très peu de recul.

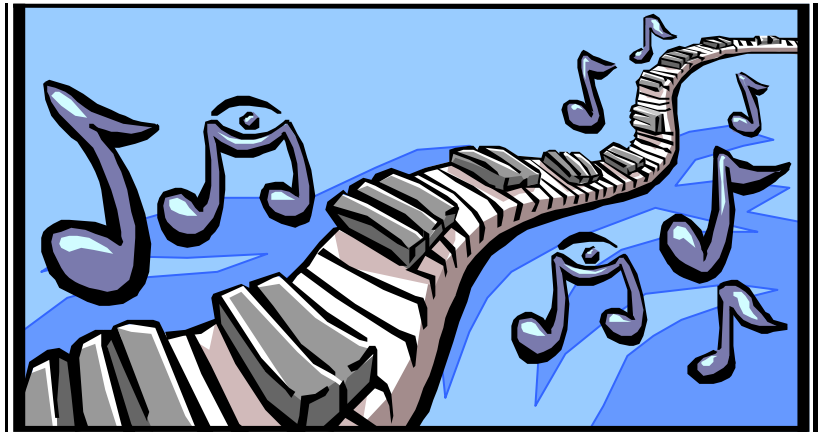
-Applaudissements dans la salle-

Denis REQUILLART - Je passe maintenant la parole à François BOURSIER

François BOURSIER

Conseiller technique à l'Union Régionale Interfédérale
des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux – URIOPSS –

ETRE EN CITOYENNETÉ ENSEMBLE
OU LES ENJEUX POLITIQUES DE L'ACCOMPAGNEMENT



J'ai entendu les personnes qui ont parlé cet après-midi, et je vais exprimer les accords que j'ai, non pas des désaccords, mais peut-être des questions et des inquiétudes.

Tout d'abord, le lieu d'où je parle, c'est l'URIOPSS Rhône-Alpes, c'est-à-dire 900 et quelque associations adhérentes à notre structure, présentes sur l'ensemble des secteurs de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire : enfance, personnes âgées, handicapés, santé, populations en difficulté, pour prendre les 5 grands chapitres de l'action sociale et sanitaire dans ce pays.

Mais à l'intérieur de ce dernier secteur, nous avons, avec l'URIOPSS, créé le réseau ALERTE qui regroupe l'ensemble des associations caritatives ou autres qui œuvrent ou agissent dans le champ de la lutte contre l'exclusion.

Le terme d'accompagnement social a surgi il y a de nombreuses années.

Le terme d'accompagnement social a surgi il y a de nombreuses années. Je pense que des associations comme le Secours Catholique ou ATD Quart Monde y sont pour quelque chose.

Je ne redirai pas ce que j'ai entendu, car je suis en accord avec tout ce qui a été dit autour de l'accompagnement, de ce que cela suggère, de la manière de prendre les problèmes différemment, de construire une relation entre les personnes qui sont différentes. Il y a une dizaine d'années l'URIOPSS avait réalisé un très gros travail autour de l'accompagnement social puis, par la suite les associations ont poursuivi avec un travail important sur le « faire avec les personnes ».

Nous sommes tous d'accord qu'il nous faut faire avec les personnes, et à l'URIOPSS comme dans le réseau ALERTE nous mobilisons les associations dans cette optique, parce que la loi du 29 juillet 1998 à laquelle nous avons beaucoup travaillé pour qu'elle soit ce qu'elle est, l'outil dont nous avions besoin, avec ses 154 articles. C'est la première chose que je voulais rappeler. C'est un accord de fond, il n'y a pas à aller au-delà. C'est peut-être à partir de là que commencent les difficultés.

Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il faut « faire avec les personnes ».

Deuxièmement, du point de vue de l'URIOPSS, il n'est pas inintéressant de souligner toute la réflexion entendue cet après-midi autour du mot accompagnement et de la relation que cela suggère aujourd'hui, et de noter qu'actuellement, dans le débat et la négociation qui a lieu sur la relecture ou la réécriture de la loi de 1975[1], il est cette fois question de la place des usagers dans les institutions. Il y a même des articles qui font directement référence à leur citoyenneté, et c'est bien de cette citoyenneté sociale dont il s'agit.

Poser la question de la place des usagers dans les institutions… c'est fondamentalement politique.

Les personnes ne sont pas sujets de nos soins, vous l'avez dit, ils sont l'objet de nos soins. Nous sommes en citoyenneté avec eux et hélas cela nous renvoie à des enjeux extrêmement importants. C'est extrêmement et fondamentalement politique. Vous l'avez à plusieurs reprises souligné.

Le seul désaccord que j'ai peut-être eu cet après-midi, c'est de ne pas avoir senti assez que les enjeux sont aussi et principalement, pour ne pas dire uniquement, des enjeux politiques, c'est-à-dire une certaine conception du vivre ensemble dans ce pays. Ce qui fait que vivre le lien social et la solidarité exige de faire des choix, et que ces choix nous les avons là. Quand on entend des philosophes, sociologues, juristes et autres experts réfléchir à haute voix sur l'accompagnement qui est en jeu, cela a quelque chose de fondamentalement subversif. Or, nous sommes dans des sociétés plutôt pré-démocratiques qui n'ont pas tellement la capacité, aujourd'hui, à voir ce que cela suggérerait très concrètement de mettre en place pour le traduire dans les faits.

Une réflexion à haute voix sur l'accompagnement a quelque chose de fondamentalement subversif.

La troisième chose est que c'est bien de dire où on se situe, qu'on coordonne, on travaille… Actuellement on essaie de s'investir sur la question du passage à l'Euro. On lance une série

[1] Le projet de loi, rénovant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, examiné les 31 janvier et 1er février à l'assemblée nationale et votée à l'unanimité. Ce projet comprend 4 objectifs principaux :

- Affirmation et promotion des droits des bénéficiaires
- Elargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale, diversification des interventions des établissements et services concernés
- Amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif
- Coordination des décideurs, des acteurs et organisation plus transparente de leurs relations.

de courriers pour interpeller du Préfet de Région au Directeur des Impôts sur cette problématique : « comment va-t-on faire pour que les personnes en grande difficulté puissent, elles aussi, faire ce passage comme nous nous allons faire ce passage ? ».

Mais il est important d'aller encore au plus près du terrain. Au niveau de l'URIOPSS je travaille par exemple avec un groupe, les Etats Généraux de l'Insertion, qui sur un territoire précis, dans la région de Villefranche sur Saône, travaille déjà depuis deux ou trois ans à une mobilisation de tous les acteurs sur des chantiers extrêmement divers. Nous avons engagé avec eux un travail sur la création d'un observatoire local. Or, lorsqu'on veut créer un observatoire local, à partir de ce qu'on a entendu cet après-midi, cela veut dire que ce ne sont pas des experts spécialistes des statistiques qui vont venir créer une panoplie d'indicateurs et dirent «on les applique à la réalité et on va savoir ce qu'il en est des problèmes ». Cela veut dire plutôt essayer de co-construire avec les personnes les outils, les indicateurs dont on a besoin pour développer ce travail.

C'est un enjeu et c'est là qu'est mon inquiétude.

Co-construire avec les personnes les outils dont nous avons besoin.

On est tous d'accord maintenant. Cela fait longtemps que nous nous disons qu'il faut « faire avec », que nous sommes au top, et que nous sommes tous en phase. Mais après, sur le terrain, surgissent des difficultés, des obstacles, parce que nous n'avons pas toujours le temps, nous n'avons pas toujours les moyens financiers à notre disposition.

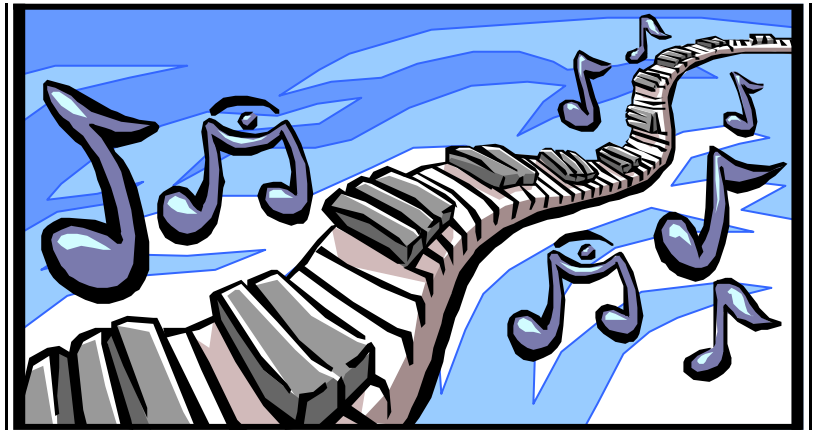
Voilà ce que je voulais vous faire partager.

DEBAT AVEC LES PARTICIPANTS

Animé par

Denis REQUILLART

Responsable de la promotion de la santé
à la Mutualité Rhône-Alpes



Denis REQUILLART – Si nous repartons de ce que François BOURSIER disait à l'instant, il semblerait que nous soyons tous d'accord sur l'idée que nous ne pouvons pas faire « sans » et que mieux vaut faire « avec ».

En tous cas, que la personne qui est accompagnée soit effectivement l'acteur, l'auteur, est la condition même d'un travail d'accompagnement vers la santé.

Mais Frédérique GERVASONI vient de montrer aussi, avec un certain pragmatisme, à quel point il n'est pas évident, quand nous nous lançons dans ce genre de travail, d'articuler les questions avec l'indépendance que nous pouvons ou ne pouvons pas avoir vis-à-vis d'un certain nombre de commandes de notre institution. Chacun de nous en a une, plus ou moins formelle mais qui représente notre cadre de travail.

Faire place à l'accompagnement au sein même de ses missions.

Est-ce que l'on peut repartir de cette articulation, de cette difficulté que les uns et les autres peuvent éprouver à tenir compte de la mission pour laquelle ils sont payés – c'est la moindre des choses quand on est salarié d'une institution - mais aussi de la place à laisser, à l'intérieur même de cette mission, à ce qui est de l'ordre de l'accompagnement d'une personne. Comment est-il est possible de gérer cet écart, cette difficulté, cette contradiction qui me semble assez essentielle ?

Est-ce que quelqu'un veut réagir dans la salle ou autour de la table sur cette question ?

Christine DERIS – Association Ruptures - Dans les exposés que vous avez faits, au niveau de la PASS vous avez dit qu'il y avait un comité technique qui était composé d'experts, mais dans ces experts il manque les usagers du système. Je suis assez d'accord avec Monsieur BOURSIER quand il dit « la place des personnes », mais je constate depuis plusieurs années, dans le discours des professionnels sur l'accompagnement dans la santé, que le nombre de gens qui sont les plus exclus s'agrandit, et que, si nous gardons l'image de la passerelle, nous pouvons dire qu'il manque des marches dans notre système de prise en charge ! J'aimerais bien que la

… que la place réelle donnée aux personnes ne soit pas que des vœux pieux !

place réelle donnée aux personnes directement concernées ne soit pas que des vœux pieux et des discours.

Denis REQUILLART – Je vais laisser la parole à Anne Frédérique GRANGE, mais elle n'est pas la seule à être interpellée.

Anne Frédérique GRANGE – Le choix de faire un Comité de pilotage et non un Comité technique qui soit composé à la fois de personnels hospitaliers et extérieurs (associations), est que les personnes extérieures sont là en tant que représentant de leur association mais aussi porte-parole de ce qu'ils entendent dire sur la difficulté d'accès aux soins des personnes les plus démunies.

On ne se sent pas encore prêt à accueillir les personnes en grande difficulté.

Deuxièmement, on a bien conscience que les personnes les plus démunies doivent être non seulement partenaires mais acteurs de leurs soins. La seule chose est que nous ne nous sentons pas encore suffisamment prêt et solide pour pouvoir accueillir les personnes en grande difficulté dans notre travail. Le médecin référent PASS travaille parallèlement avec ATD Quart Monde sur une recherche qui se met en place avec des gens dans le quart monde pour monter des programmes avec eux. Nous ne nous sentons pas encore suffisamment solide pour les interpeller directement, et je pense que ce serait les envoyer aussi au casse-pipe et nous avec de faire comme cela.

Une tension radicale entre l'organisation du système et la parole réelle donnée à l'usager. .

Bruno FOURNIER - Médecin au Conseil Général de l'Isère – La place de l'usager, la notion de santé communautaire, la parole donnée à l'usager, je pense qu'on n'est pas dans cette culture dans notre pays, que cela reste un vœu pieu car dans le même temps il y a les conférences régionales de santé, mais les grands programmes nationaux sont décidés par la loi en termes de priorités de prévention, ou bien encore les textes de lois déterminant les compétences de chaque institution.

Je pense qu'il y a radicalement une tension entre, d'une part l'organisation du système qui reste de toute façon assez centralisateur, même si on a fait des progrès sur la

place de la prévention et, d'autre part une réelle parole donnée à l'usager, qui ne soit pas simplement une place dans telle ou telle commission, ou tel ou tel conseil d'administration.

Patrick PELEGE – **Sociologue au CRAES – CRIPS** – Je voudrais m'inscrire en faux, pour soutenir la proposition de Christine, à ce que vient de dire notre ami du Conseil Général de l'Isère, car dans le domaine du VIH en particulier, mais il n'y a pas que dans le domaine du VIH, il y a le domaine de la déficience intellectuelle, les problèmes d'alcool, etc…, je crois que l'expérience a montré qu'il y avait tout à fait une capacité d'invention, de créativité, d'audace, de pari… une capacité à tenir compte à la fois de l'expérience et de l'expertise. Cela a été fait dans le champ du sida, de la prostitution à Lyon, de la toxicomanie, etc… Que les politiques nationales, que les représentations culturelles, franco-françaises, aient de la difficulté à s'inscrire, c'est vrai, mais je crois qu'on ne peut pas non plus dire que c'est impossible. Je parle en tout cas en tant que représentant du CRIPS.

Articuler expertise et expérience.

La petite expérience que j'ai eue sur le terrain auprès des personnes malades, de leurs proches, etc…, c'est d'avoir justement appris, autant qu'à l'université en ce qui me concerne, ce que veut dire être dans la position de malade. C'est à partir de cette expérience, et non pas en mettant dos à dos l'expert et l'expérience, mais en articulant et en faisant une dialectique entre les deux dimensions qu'il y a des possibles.

Misons sur nos propres capacités créatives !

C'est l'enjeu de la pièce de ce matin, de cette démarche que nous a autorisée ma collègue Agnès GRANIER. Acceptons de nous autoriser de nous-mêmes à faire le pari que c'est possible. Toutes les expériences de terrain qui sont souvent peu transmises, parce que les gens n'ont pas le temps de les transmettre, nous apprennent au quotidien que le pari est possible. Ce n'est pas qu'une question de moyens financiers. Dans le

VIH, au début, on n'avait pas un sou, et c'est peut-être parce qu'on n'avait pas un sou qu'il a bien fallu monter au créneau.

Je voulais juste témoigner, au nom des personnes qui sont notamment absentes, et dont certaines sont décédées, qui ont connu l'expérience de la maladie ou qui ont connu l'expérience de la disparition des proches, qu'il y a des possibles.

Je me porte donc tout à fait en faux par rapport à ce qui vient d'être dit.

Bruno FOURNIER – Je ne dis pas que c'est impossible, je ne dis pas qu'il n'y a pas eu de réalisations. L'analyse qu'on a faite dans la région a bien montré que dans les réalisations de terrain il y avait des choses qui se mettaient en place dans l'inter-partenarial, dans l'inter-institutionnel. Je dis simplement que c'est une tension qui existe entre une construction, des modalités qui sont celles de ce pays, et en même temps la conscience qu'on a d'un besoin qui est de courir le risque de donner la parole, et de faire non pas ce qui est décidé par nous les professionnels, nous les institutionnels, mais de faire ce qui ressort de la parole et du besoin exprimé.

Courir le risque de donner la parole et de faire… ce qui ressort de cette parole !

Je ne nie pas qu'il n'y a pas eu des réalisations, et notamment dans le domaine du Sida ? Cette mobilisation a d'ailleurs eu des conséquences sur d'autres domaines, sur la place de l'usager à l'intérieur de l'hôpital, à l'intérieur du champ de la santé.

Je ne pense pas qu'on soit en désaccord, je dis que je perçois cette tension, cette contradiction.

Denis REQUILLART – Faire confiance, courir le risque, ce sont des mots qu'on a utilisés dans d'autres situations beaucoup plus de l'ordre interpersonnel ce matin. C'est intéressant de les retrouver dans la discussion sur la pensée des institutions, leur façon d'agir.

Christian LAVAL – C'est toujours sur ce sujet de la participation de ceux qu'on appelle les usagers.

Les politiques publiques se sont construites sur « les êtres de la maladie »…

Cela peut être intéressant de se rappeler ce que disait Jean Baptiste FOUCAULT quand il faisait la différence entre ce qu'il appelait les « êtres de la maladie », les « êtres de la souffrance ».

Je crois que les politiques publiques en matière socio-sanitaire se sont construites sur les « êtres de la maladie », et aujourd'hui il y a effectivement un modèle anglo-saxon qui essaie de construire un lobing sanitaire par rapport à différentes maladies. On peut en penser ce qu'on en veut, toujours est-il que ce modèle est apporté de cette manière.

Pour ce qui concerne les gens en situation de précarité, et non pas les usagers de la santé, ce qui est visible depuis quelques années ce sont les « êtres de la souffrance ». Les « êtres de la souffrance », par définition, sont des êtres qui socialement ne peuvent pas faire entendre leur voix.

… et les « êtres de souffrance », par définition, ne peuvent pas faire entendre leur voix.

Par rapport à la question du VIH, le problème est différent. Dans le VIH, dans les conditions et les positions sociales de ceux qui ont construit une parole des usagers, il y avait des gens qui étaient dans toutes les strates de la société. Les associations ont d'ailleurs très bien su se servir de ces relais, de ces supports qui ont fait à un moment donné qu'on peut avoir accès aux médias, qu'on peut avoir accès à ceux qui sont les décideurs.

Ce qui caractérise les « êtres de la souffrance », aujourd'hui, c'est qu'ils n'ont accès à rien. Comment peut-on, dans une république, mettre en place des espaces où cet accès soit possible, sans attendre qu'on soit dans de l'associatif à l'anglo-saxonne ?

Patrick PELEGE – Dans le champ de la précarité et de la pauvreté, Paolo FREIRE a été cité par Madame SANDRIN BERTHON. Peut-être que c'est l'Amérique latine, on ne connaît pas très bien, dans un autre champ il y a ATD Quart Monde… Ce type de travail ne concerne pas des gens dans le champ des VIH !

Je pense aussi à des expériences en psychiatrie, en Italie du Nord, ou même en Italie du sud, ce ne sont pas des gens qui avaient du capital culturel qui sont montés au créneau. L'expérience de BASAGLIA[1] a été une révolution mentale, culturelle et politique.

Si les possibles sont du côté de l'intervenant, cela se transmet du côté des personnes.

Ce n'est pas facile, mais il n'empêche qu'à un moment donné j'insisterai volontiers sur le fait de « rendre possible ». Je suis peut-être un peu naïf, car je suis nouveau dans le champ de la santé, mais je pense que si les possibles sont du côté des intervenants, cela se transmet du côté des personnes qui seraient alors davantage du côté de l'être. En tout cas j'ose encore y croire aujourd'hui.

François BOURSIER – Je vais simplement rappeler que l'article premier de la loi du 29 juillet 1998 nous dit que la lutte contre l'exclusion est un impératif national, et que nous sommes tous concernés.

Quand tout à l'heure je formulais des inquiétudes, elles étaient aussi à ce niveau. Je n'ai pas de pessimisme conjoncturel, mais je n'ai pas la conviction, aujourd'hui, que la société soit dans un désir profond de se penser société en lien avec tout le monde.

---

[1] *"En Italie, Franco Basaglia, fortement aidé par le pouvoir politique, concrétisa ses efforts dans la loi 180 de 1978 qui prévoyait purement et simplement la fermeture de tous les asiles psychiatriques sur le territoire national. [.....] Sept centres disséminés dans la ville de Trieste et sa banlieue accueillent les "usagers" que l'on n'appelle pas des malades. Les blouses blanches ont disparu ainsi que les rendez vous. Dans ces sortes de clubs, les usagers vont et viennent à leur guise, parlent à qui ils veulent, participent à des degrés divers à la vie des centres. Les rapports sont très personnalisés (tutoiement, prénom) et les réunions sont très nombreuses entre soignants, aides volontaires, usagers. Les patients logent soit chez eux, soit dans des appartements communautaire avec une assistance à domicile variable. Il n'y a que huit lits dans l'Unité de Diagnostic et de Cure à Trieste, localisée dans l'hôpital général, et qui fonctionne comme centre de crise."* dans Les urgences de la folie, Le modèle de Trieste, G. BAILLON, Gaëtan Morin Editeur, 1998, 228p

Nous sommes dans des systèmes d'appartenance de plus en plus élective et sélective, de repli, et c'est un vrai problème.

C'est aussi assez étonnant et en même temps paradoxal d'inviter les exclus à être des sujets de droit citoyen (article 81 : les SDF peuvent s'inscrire sur les listes électorales), quand on a dépassé les 50 % d'abstention aux dernières élections municipales dans les quartiers populaires.

La société actuelle n'a pas le désir profond de se penser société en lien avec tout le monde

Je ne dis pas que ce n'est pas un enjeu et une bataille qu'il faut mener. C'est vrai que je considère que c'est une vraie bataille, mais en même temps rappelons-nous où sont les enjeux. Tant que, par exemple, on aura en face de soi des banquiers qui continueront à appliquer la loi bancaire de manière strictement « bête et méchante », la loi du 29 juillet ne s'appliquera pas.

On est en train d'essayer de faire passer de nouveaux textes pour améliorer le dispositif. Il faut le faire, cela fait partie d'un vrai travail associatif et en même temps militant. Mais on ne sent pas la réaction et la présence de la société. Le grand danger étant d'ailleurs qu'on dise « Vous êtes payé pour cela. Il y a des sociaux, des sanitaires, des établissements, des budgets, allez-y, faites votre travail ».

L'aliénation des uns fait l'exclusion des autres !

DOSTOÏEVSKI a été cité tout à l'heure dans une phrase un peu dure et un peu carrée, mais qui me faisait penser à ce que disait Jean Baptiste FOUCAULT en parlant de la question de l'exclusion « c'est l'aliénation des uns qui fait l'exclusion des autres ». C'est notre aliénation qui fait qu'il y a aujourd'hui des exclus dans cette société.

S'interroger sur l'exclusion, c'est s'interroger aussi sur notre aliénation.

-Applaudissements dans la salle-

Denis REQUILLART – Si lutter contre l'exclusion est un impératif national, et si on a pris l'exemple des banquiers, c'est commode, ils ne sont pas dans la salle ! Mais cela s'applique à chacun de nous. Cet impératif est valable pour chacune de nos professions.

L'impératif de la lutte contre les exclusions est valable pour chacune de nos professions.

On a entendu, à la fois dans les questions et dans les interventions de tout à l'heure, un certain nombre de questions sur le « au-delà des limites habituelles de la profession », sur le travail en réseau, sur l'articulation entre les missions particulières des uns et des autres quand c'est la même personne qui est au bout ? C'est peut-être une des questions sur lesquelles les témoignages ou les points de vue peuvent être échangés dans les quelques minutes qui nous restent, avant qu'on aille à la conclusion.

Béatrice RUIZ – Psychologue clinicienne – Je travaille dans une association d'insertion, notamment auprès de publics en grande difficulté, en précarité, dans des lieux d'écoute et de parole.

La question du possible dont parlait Monsieur PELEGE me fait penser à cette envie, dans ma pratique, d'être subversive et de mettre un peu de jeu dans les différents dispositifs dans lesquels j'ai pu intervenir.

Dans le lieu d'écoute et de parole dans lequel je travaille, il y avait un comité de pilotage tout ce qu'il y a plus de sérieux, avec financeurs et autres. Dernièrement, quinze jours avant, j'en avais fait un avec les participants du lieu d'écoute et de parole, autour de « quel est l'avenir du lieu, qu'en pensez-vous, qu'attendez-vous ? » Ce n'était pas demandé par le comité de pilotage officiel, mais j'ai pu y venir par la suite avec les attentes, les demandes, les besoins, les souhaits et les questions des participants et cela a orienté le comité de pilotage. Cela n'a pas ôté au Comité de pilotage reconnu, mandaté, le pouvoir de prendre des décisions, mais cela a laissé la place aux usagers.

Mettre du « jeu » dans les différents dispositifs.

C'est une place un peu subversive qui s'est bien passée. C'est une façon de ramener la place des usagers, la parole des usagers.

Je crois que c'est une façon d'essayer de mettre du jeu et d'être dans des possibles.

François BOURSIER – Je voulais simplement introduire un autre lieu où il se passe des choses extrêmement importantes dans cette manière différente de construire une relation entre des professionnels et des personnes en grande difficulté, c'est le monde de la culture, et notamment le monde de l'art.

Je pense à tout le travail qui s'est fait dans le cadre du Musée Saint Pierre avec des plasticiens et des plasticiennes comme Cécilia De Varinne qui, depuis de nombreuses années, ont fait tout un travail, de rencontres entre les œuvres d'art, les tableaux de maîtres, et des personnes qui sont en très grande difficulté.

Reconnaître que les personnes en grande difficulté sont des citoyens… est la base de la construction d'une démocratie

Quand on les entend sur le travail qui se fait, on découvre que les personnes en grande difficulté sont des citoyens, des personnes comme nous, qu'ils ont les mêmes qualités.

C'est cela la démocratie. C'est ce qui est à la base d'une construction démocratique.

Les premiers temps où il y avait les conseils départementaux de l'insertion, où on allait négocier le bout de gras avec les conseils généraux pour le financement des structures d'insertion, c'était la grande obsession du « tout pour l'emploi » ; quand on essayait de glisser un soutien, une action théâtrale ou culturelle, c'était largement méprisé et mis de côté.

Je trouve qu'il y a une très grande proximité avec la santé dans ce champ de l'accompagnement. Je n'ai malheureusement pas pu venir ce matin, mais j'ai trouvé que la manière dont vous aviez construit la journée, cette rencontre entre la santé et l'art, était quelque chose d'extrêmement symbolique et significatif pour l'avenir.

Denis REQUILLART – Est-ce que Marie Claire ZINCK a quelque chose à reprendre entre ce qu'elle a ouvert cet après-midi et ce qui se dit maintenant ?

La rage de vivre et d'aider… d'accompagner !

Maire Claire ZINCK – Aujourd'hui, j'ai entendu beaucoup de bonnes volontés. Vous êtes tous des professionnels avec cette rage de vivre et d'aider, d'être dans cette relation d'accompagnement.

Si j'ai envie de reprendre quelque chose, c'est ma conclusion de tout à l'heure : je crois qu'il faut aller au-delà du possible, parce que le possible est possible.

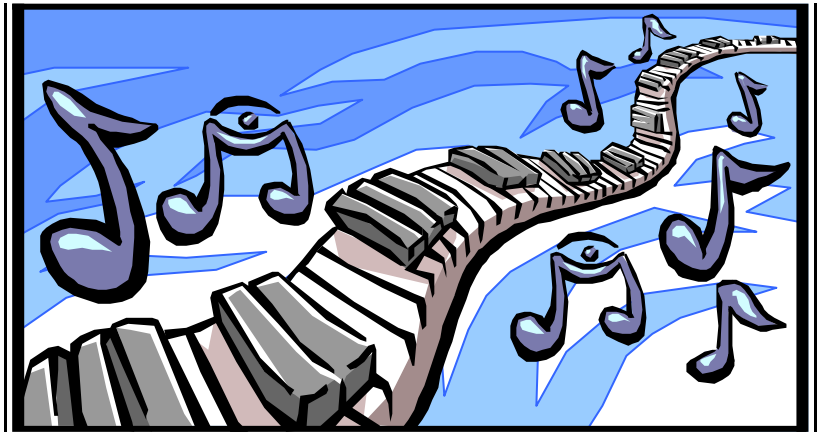
Allez-y.

Denis REQUILLART – Je vous propose maintenant d'entendre la conclusion que Joëlle CHENET, responsable du pôle social de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes, va avoir la lourde charge de nous donner, puis nous donnerons la parole à Agnès GRANIER, pour l'envoi.

CONCLUSION

Joëlle CHENET

Responsable du pôle social, DRASS Rhône-Alpes



Lourde tâche en effet, et je vais essayer de ne pas être trop longue, car la journée a été vraiment bien pleine. Sans prétendre, loin s'en faut, restituer toute la richesse des débats et des interventions il me semble néanmoins important de revenir sur ce qui a pu se dire aujourd'hui.

La santé et l'accompagnement, deux notions source de débats.

Les objectifs de cette journée étaient d'éclairer les différents aspects de la question de l'accompagnement vers la santé. Tâche difficile s'il en est car la santé comme l'accompagnement sont des concepts difficiles et sources de débats. Mais cette journée nous a réellement permis, je crois, à la fois de préciser leur sens à chacun mais aussi de mieux cerner leur relation.

Accompagner vers l'emploi, vers le logement, vers la santé… une invitation à plus de cohérence dans l'intervention sociale.

Tout d'abord l'accompagnement. Il m'a paru d'autant plus utile de profiter des apports de Marie-Claire Zinck, qu'aujourd'hui, dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions que je tente de porter dans mon travail quotidien, la notion d'accompagnement a été pesée à l'aune de tous les dispositifs qui mènent aux droits fondamentaux : accompagnement vers l'emploi, accompagnement au logement, accompagnement à la culture, accompagnement vers l'insertion sociale… et nous étions là pour parler d'accompagnement à la santé. A la limite, plus les gens sont en difficulté, plus ils sont « passés à la moulinette » de ces accompagnements avec des référents qui ne se rencontrent pas forcément, qui ne se parlent pas toujours, au risque d'être contre-productifs.

Tout cela appelle sûrement plus de cohérence dans l'intervention sociale. Il est vrai que, peut-être, le propre de la question de la santé par rapport aux autres domaines est qu'elle est transdisciplinaire. On le voit bien aujourd'hui dans les politiques de l'emploi : les personnes qui n'arrivent pas à accéder à l'emploi ont, pour beaucoup d'entre elles, un ou des problèmes de santé. C'est la même difficulté pour les gens

qu'on accueille en urgence sociale ou dans les structures d'hébergement. On voit bien que la santé peut être le fil rouge pour mener à une intégration réelle des gens dans la société, dès lors qu'on aborde la santé dans la conception large qui, je crois, était celle retenue par les participants à notre journée de travail.

Les DDASS en région Rhône-Alpes se posent beaucoup de questions par rapport à ces multiples types d'accompagnements et réfléchissent à la bonne façon de produire des repères pour les acteurs, pour qu'on puisse voir cette notion d'une manière un peu plus globale, et finalement, qu'on accompagne les gens « tout court ».

La santé comme levier des potentialités de l'individu.

La santé était au centre des débats. Je crois qu'il y avait un certain consensus pour la voir d'une manière relativement large. Quand on parle de santé actuellement, on ne parle plus d'un ensemble de pathologies à soigner, mais on parle de capital humain. On l'a bien vu aussi dans le débat. La santé est un levier du développement de potentialités des individus, mais aussi des groupes, des communautés et des territoires.

L'accompagnement vers la santé est un moteur important de la cohésion sociale. Dans le cadre du diagnostic du PRAPS, on a identifié le fait que même si notre système de santé s'améliorait considérablement – et il y a aujourd'hui des dispositifs qui sont de nature à permettre un meilleur accès aux personnes, je pense à la CMU, aux permanences d'accès aux soins de santé - on sait bien que le poids des déterminants sociaux est important et que celui des représentations ne l'est pas moins, qu'il s'agisse des représentations des personnes en difficulté, des professionnels eux-mêmes, des représentations du système de santé.

L'accompagnement comme un chemin avec la personne et une interpellation aux institutions

L'accompagnement entendu comme on l'a vu, à la fois comme un bout de chemin fait avec la personne, mais aussi comme le bon usage de cette capacité d'interpellation des institutions par les professionnels, est vraisemblablement un levier de changement.

Je ne vais pas me lancer dans une typologie qui serait hasardeuse des modalités d'accompagnement vers la santé, mais vous dire ce que j'ai repéré comme étant structurant au travers de nos débats. Puis je tenterai de mettre les choses en perspective avec les politiques régionales à la fois en terme de moyens spécifiques mais aussi et surtout par l'activation du droit commun.

Des modèles d'accompagnement qui peuvent contribuer au développement personnel et collectif.

Y a-t-il des « modèles », des techniques, d'accompagnement vers la santé ? En prenant les différents témoignages qui ont pu se dire ici, on a pu mieux comprendre ce en quoi la notion d'accompagnement peut prendre différentes formes : accompagnement individuel, collectif, solidaire ou participatif, sans que ces formes s'excluent mutuellement. Au contraire, elles ont à se croiser, à se rencontrer pour contribuer au développement personnel et collectif.

Je retiens quatre modèles plus ou moins soutenus dans le cadre des politiques régionales par des financements spécifiques. Et même si ces financements spécifiques ne sont pas une manne énorme… ils peuvent favoriser l'expérimentation, car c'est surtout par le droit commun qu'il faut réussir à faire avancer les choses !

Je classerai le premier modèle d'accompagnement dans une rubrique du **type « prestations, pour faciliter l'accès à un droit ».** On a par exemple conventionné des associations pour aider les personnes à bénéficier de la CMU. Le rôle de ces associations est bien est de faire respecter le droit, mais aussi de réunir de l'information pour pouvoir modifier les conditions d'accès à ce droit.

L'accompagnement individuel ou collectif sous la forme d'une guidance.

Je vois aussi **une entrée par le biais des « dispositifs ».** Ils sont nombreux. On entre là dans l'accompagnement individuel ou collectif qui s'exprime sous la forme d'une guidance. C'est vrai depuis longtemps dans le cadre du RMI, aujourd'hui aussi dans le cadre des permanences d'accès aux soins de santé, mais aussi dans des actions qui

entrent par un angle thématique par exemple les programmes régionaux de santé Alcool et suicide. Vous parliez tout à l'heure des travaux autour du Sida, et je pourrais en citer bien d'autres.

Je vois un troisième **modèle basé sur les réseaux**. Il constitue un objectif prioritaire du PRAPS, mais c'est aussi un objectif soutenu dans l'ensemble des politiques régionales de santé. Il existe un dispositif régional de promotion des réseaux, animé conjointement par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, par l'Agence Régionale d'Hospitalisation et par la DRASS. Il s'agit à la fois de soutenir financièrement et du point de vue méthodologique des réseaux de soins, des réseaux ville-hôpital, mais aussi ce type de réseaux qu'on a voulu informels dans le cadre du PRAPS où, sur un territoire, des acteurs de santé, des acteurs du social mettent en complémentarité leurs compétences pour permettre à des personnes de bénéficier de leur droit à la protection de la santé réaffirmé dans la loi contre les exclusions.

Le modèle communautaire au potentiel de développement fort.

Le dernier modèle dont on a plus parlé vers la fin de cette journée est un modèle séduisant mais encore peu mis en œuvre en France : c'est le **modèle communautaire** dont l'objectif est de permettre à la personne de se construire ou reconstruire à travers le lien humain. Cette démarche reste rarement mise en œuvre et relativement peu soutenue politiquement à ce jour, mais la santé communautaire a probablement un potentiel fort de développement dans le cadre des politiques qui visent à la participation des habitants : politique de la ville et des pays.

Si la santé communautaire est peu développée, c'est parce que d'évidence nous avons perdu la culture du collectif en matière de santé. La démarche impose de construire un projet avec des habitants, dans l'objectif d'améliorer leur situation individuellement, mais aussi de transformer leurs conditions collectives d'existence au plan local. A chaque fois, l'approche est à inventer. Mais je crois que c'est le propre de la démarche d'accompagnement en général, que d'avancer pas à pas en faisant un bout de chemin avec les personnes.

Attention à tout ce qui reviendrait à une mise en tutelle individuelle ou de masse !

Aujourd'hui nous avons élaboré quelques repères pour l'action. Même s'il reste beaucoup de questions, j'ai senti qu'on était aussi dans des démarches d'ajustement qu'on retrouve précisément dans la relation d'accompagnement, entre accompagnant et accompagné, à la frontière du sanitaire et du social et, on en a parlé, entre l'individu et la collectivité.

Il y aussi une déontologie de l'accompagnement que je suis heureuse d'avoir senti en filigrane au cours de cette journée. Il me semble que, quand on parle d'accompagnement, il faut toujours être très vigilant. Il faut véritablement se méfier de tout ce qui, consciemment ou inconsciemment, reviendrait à une mise en tutelle individuelle ou de masse. Pour le dire autrement, il y a un risque à développer des formes d'accompagnement qui se borneraient aux limites que fixe le marché, la logique du système de santé, les représentations des acteurs, voire les modes d'exercice actuels de notre démocratie.

J'ai senti qu'il y avait ici l'envie « d'y aller », mais nous sommes aujourd'hui essentiellement entre professionnels, et je crois que François BOURSIER touchait du doigt un point important quand il soulignait la nécessité de volontés politiques, aux différents échelons territoriaux, d'avancer vers une politique de santé ambitieuse.

L'objectif est aussi de provoquer une transformation des pratiques professionnelles et des dynamiques locales.

L'objectif est bien d'autonomiser les personnes, mais de provoquer aussi une transformation substantielle des pratiques professionnelles sanitaires et sociales et des dynamiques locales afin que soient prises en compte l'ensemble des problématiques liées à l'accessibilité dans la définition des politiques. Je n'invente rien, car si vous lisez le PRAPS tout cela est dedans.

On a aussi beaucoup parlé du positionnement par rapport aux personnes et des questions d'éthique : jusqu'où peut-on « forcer » ? On ne peut pas forcer, mais il m'a aussi semblé entendre qu'il fallait ne pas forcer à condition d'avoir réellement tenté quelque chose avec les personnes et sans minimiser sa capacité à interpeller le système et les acteurs d'un autre bord.

Il est important que quelques-uns uns puissent additionner leurs compétences.

Un autre élément est ressorti aujourd'hui qui concerne les interactions entre les acteurs sociaux et sanitaires. Certes, il est nécessaire que chaque acteur garde sa place pour que les modalités d'intervention restent lisibles et égales pour tous, mais il apparaît aussi nécessaire que les professionnels osent s'aventurer aux marges de leurs propres compétences, sans rester seuls face aux problèmes de leurs interlocuteurs ; et justement pour ne pas rester seul, il est important que les uns et les autres puissent additionner leurs compétences afin d'être en mesure d'évaluer la pertinence de l'intervention ou du soin, et d'ajuster les actions à entreprendre en faveur de l'individu mais aussi du développement local. Les débats m'ont laissé imaginer que tout cela prenait effectivement corps aujourd'hui.

Finalement les choses bougent même si, malgré tout, on est parfois en deçà de ce qu'on pourrait espérer. Il me semble que depuis l'époque du diagnostic du PRAPS, la compréhension des problèmes et des possibilités de résolution a encore mûri.

Car cela ne sert à rien d'accompagner individuellement les personnes vers la santé si le système n'est pas à même de les accueillir. Or les portes ont vocation à s'ouvrir. En tous cas les réformes réglementaires vont dans ce sens

Affirmer le droit des bénéficiaires et de l'entourage à co-produire des projets de soins et d'accompagnement.

Tout d'abord celle qui concerne la loi de 1975[1]. Le texte en discussion réaffirme la place de l'usager et fait la promotion du droit des bénéficiaires et de l'entourage à co-produire des projets de soins ou d'accompagnement, plutôt que de les subir. Je crois que ce projet de co-production inscrit dans les textes est quelque chose de neuf, qui

peut faire avancer les conceptions de l'accompagnement et les modalités de travail des structures d'accueil et de soins.

L'autre projet de loi qui va venir en discussion, la loi sur la modernisation du système de santé, prévoit un article premier qui réaffirme d'une part ce droit fondamental à la protection de la santé, et d'autre part la place de l'usager dans la définition des politiques. Celui-ci devra aussi avoir une place plus grande dans le cadre des conférences de santé. Là encore, servons-nous des textes.

Car ces lois, comme toutes les lois, seront ce que l'on en fera. Elles représentent néanmoins des opportunités pour qu'il y ait vraiment des changements de représentations de toutes parts, et que du coup les personnes, dans la diversité de leur situation, soient mieux prises en compte.

Les moyens ne sont pas immenses… mais ils existent et sont des leviers pour agir dont il faut se saisir.

Enfin pour soutenir l'action, l'Etat et l'assurance maladie dédient des moyens spécifiques au financement de la prévention et de la promotion de la santé. Pour l'Etat, il s'agit aussi d'influer sur le contenu des formations initiales et continues dans le cadre des schémas mais aussi par voie de négociation. Les DDASS et la DRASS financent également des formations-actions territorialisées autour du lien santé social et du soutien aux réseaux, mais aussi en particulier sur la thématique de la prise en charge de la souffrance psychique. Outre les financeurs publics de niveau régional, des collectivités locales soutiennent ces dynamiques. Les moyens certes ne sont pas immenses, mais ils existent, et je crois qu'aujourd'hui ils représentent des leviers pour agir dont il faut se saisir.

1. voir p. 77

Usons de notre capacité d'interpeller, usons de notre capacité à transformer le système dans lequel nous vivons. Collectivement, on pourra alors transformer le sort réservé à chacun d'entre nous.

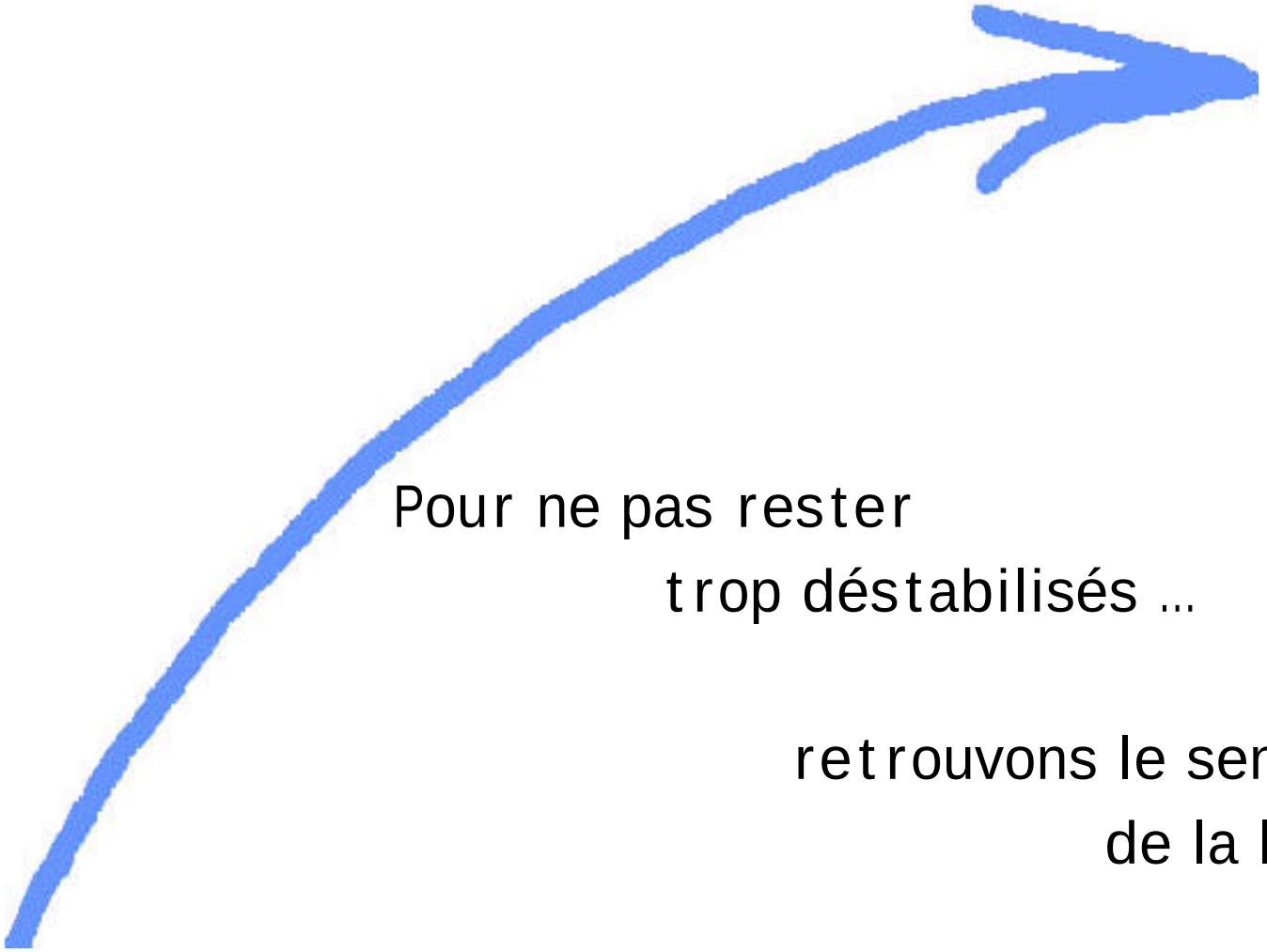
Usons de notre capacité à interpeller et à transformer le système dans lequel, tous, nous vivons.

Aujourd'hui, il me semble que la question de l'accompagnement à la santé a avancé grâce à vous tous. C'était une journée absolument passionnante.

Je pense que de telles initiatives vont se reproduire au niveau local, car je sais qu'ici et là des interrogations du type de celles qui nous ont mobilisés aujourd'hui existent, et que localement c'est peut-être aussi beaucoup plus facile de faire participer les usagers qu'il était difficile d'associer aujourd'hui. Personnellement, j'appelle de mes vœux qu'on puisse aussi développer ce genre de thème à la conférence régionale de santé en amenant une parole qui soit une parole des bénéficiaires des dispositifs et des mesures, qui témoignent également d'expériences de santé communautaire pour les mettre en débat et favoriser leur développement.

En tous cas, je pars d'ici enrichie et je vous remercie tous. Un grand merci en particulier à Agnès Granier, parce qu'elle nous a mis dans une situation que nous avons peu l'occasion de vivre dans nos réunions de travail. Nous faire approcher la réflexion en nous amenant au théâtre et en nous déstabilisant était un pari audacieux. Et c'est une réussite.

-Applaudissements dans la salle-



Pour ne pas rester
trop déstabilisés …

retrouvons le sens …
de la lecture !

Agnès GRANIER

Chargée de mission au CRAES-CRIPS

Merci Joëlle et merci Denis pour l'animation de cet après-midi.

Maintenant chacun va retrouver, comme dirait Marie Claire ZINCK « le clair-obscur de l'accompagnement », les dispositifs variés, complexes et contradictoires, nos métiers différents, nos cadres de référence avec, je le souhaite, comme référence forte la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé.

Pour notre part, nous allons rédiger des actes de cette journée qui vous permettront un « retour sur image », sur certains points qui vous auront plus frappés, et peut-être un travail plus précis sur tel ou tel aspect, localement, à l'échelle du territoire que vous choisirez. En tous les cas, nous l'espérons vivement.

Je remercie vivement l'équipe du CRAES – CRIPS, mes amis et collègues, en particulier ceux que l'on n'a pas beaucoup vu et qui nous ont cependant beaucoup aidé à la préparation de cette journée.

Avant de quitter l'Embarcadère, merci de prendre quelques minutes pour remplir la petite feuille bleue pliée en deux, qui permet de recueillir vos premières impressions, en vue d'une évaluation qui sera prolongée par un autre envoi au moment des actes.

Merci et bon retour…
A moins que quelque chose ne vous arrête sur la deuxième marche de l'Embarcadère ! Mais on vous accompagnera pour en descendre.

Merci.

-Applaudissements dans la salle-

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

BARICCO A., Novecento : pianiste, Mille et une nuits, mars 1999, 91p.

BONNIN F., MICHAUD C., FATRAS J-Y., MALLET V.- Santé et publics démunis en Europe.- Vanves : CFES, Coll. Séminaires, 1995, 196p.

COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION .- Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ?.- In : La santé de l'homme, n° 348, Vanves : CFES, 2000.

CONSEIL DE L'EUROPE.- Dignité humaine et exclusion sociale. Opportunité et risque : les tendances de l'exclusion sociale en Europe.- Strasbourg : Conseil de l'Europe, 1998 ; 226p.

COLLEGE RHONE-ALPES D'EDUCATION POUR LA SANTE – CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION SIDA.- Alimentation, précarité, prévention. Actes de la journée d'échanges sur les connaissances et les pratiques, 30 septembre 1999, Valence, Lyon : CRAES-CRIPS, 2000, 48p.

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

DURANTEAU C. - La santé des gens du voyage : approche sanitaire et sociale. - Paris : L'Harmattan, 1999, 159p.

FATRAS J-Y., GOUDET B. - RMI et santé. - Vanves : CFES, Coll. La santé en action, 1993, 320p.

GEVAUDAN T., SORIA J. - Santé et précarité : du droit à la réalité. - Rennes : ENSP, 1991, 318p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.- La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.- Paris : HCSP, 1998, 285p.

JAEGER M.- L'articulation du sanitaire et du social : travail social en psychiatrie.- Paris : Dunod, 2000, 170p.

LA ROSA E. - Santé et précarité. - Paris : PUF, Coll. Le sociologue, 1998, 222p.

LEBAS L., CHAUVIN P. – Précarité et Santé. – Paris : Flammarion, 1998, 299 p.

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., [et al.].- Les inégalités sociales de santé.- Paris : INSERM / La Découverte, 2000, 448p.

LE QUEAU P., MESSU M.- La construction sociale de la pauvreté.- Cahier de recherche n° 138, Paris : CREDOC, 1999, 199p.

MENORET-CALLES B. - L'accès aux soins des populations démunies.- Paris : L'Harmattan, 1997, 175p.

MINUCHIN P., COLPINTO J., MINUCHIN S.- Travailler avec les familles démunies.- Paris : ESF, 2000, 245p.

MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION.- Dossier annuel 2000 : l'état de l'exclusion, le regard des acteurs, la parole des personnes, des pistes pour l'action.- Lyon : MRIE, 2000, 192p.

MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION.- Dossier annuel 1999 : spécial 5 ans, récapitulatif 1994-1998, prospective 2000-2006.- Lyon : MRIE, 1999, 254p.

MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION.- Dossier annuel 1998 : tableaux de bord de la précarité, visages de l'exclusion, prévenir l'exclusion.- Lyon : MRIE, 1998, 222p.

MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION.- Dossier annuel 1997 : tableaux de bord de la précarité, regards sur l'exclusion, partir de la personne.- Lyon : MRIE, 1997, 167p.

MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION.- Agir avec les plus défavorisés : dossier ressources 1996.- Lyon : MRIE, 1996, 211p.

OBSERVATOIRE REGIONAL RHONE-ALPES SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN RAPPORT AVEC L'EXCLUSION.- Souffrance psychique, contexte social et exclusion.- Actes du colloque de Lyon –Bron, 22,23,24 octobre 1994. Lyon : ORSPERE, 1997, 319p.

OBSERVATOIRE REGIONAL RHONE-ALPES SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN RAPPORT AVEC L'EXCLUSION.- Déqualification sociale et psychopathologie ou devoirs et limites de la psychiatrie publique. Actes du colloque du Vinatier Lyon-Bron, octobre-novembre 1994, Lyon : ORSPERE, 1995, 204p.

POILPOT M-P. (sous la dir.), Etre parents en situation de grande précarité, Ramonville Saint Agne : Erès, 2000, 156p.

SCHALLER J-J. - Accompagner la personne en difficulté : politiques sociales et stratégies de direction. - Paris : Dunod, 1999, 217p.

TULEU F., BRIXI O. – Santé précarité : outil d'aide à l'action. - Vanves : CFES, 1997. – 80 p.

TULEU F. – Inégalités et éducation pour la santé. - Vanves : CFES, 1998. – 60 p.

Bibliographie réalisée par Isabelle JACOB,
documentaliste au CRAES-CRIPS en avril 2001.

Les documents signalés dans cette bibliographie sont **disponibles** en consultation et ou en prêt au service de **documentation du CRAES-CRIPS :**

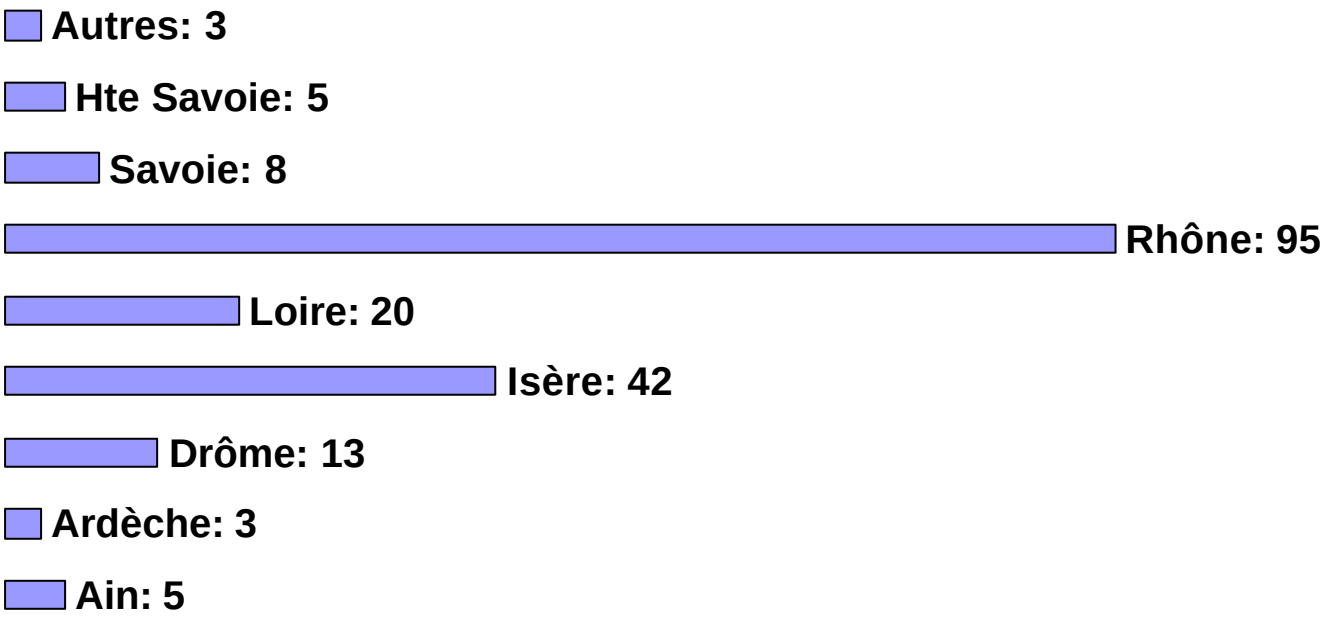
Service de documentation
9, quai Jean Moulin
69001 LYON
TEL : 04 72 00 55 70 FAX : 04 72 00 07 53
Ouvert le mardi, mercredi, jeudi de 13h.30 à 17h.30
Le vendredi de 13h.30 à 17h.

PROFIL DES PARTICIPANTS

A LA JOURNEE DU 26 AVRIL 2001
« ACCOMPAGNER VERS LA SANTE »

Les 198 participants représentaient des structures, institutions, corps professionnels très variés, réparties sur l'ensemble de la région Rhône-Alpes

1. Répartition géographique des participants :



Les participants du Rhône représentent près de la moitié, mais il faut noter que parmi eux, 28 appartiennent à des structures régionales (FNARS, URRIOPSS, MRIE, URCAM, CRAM, CRAES-CRIP, SRSP…)

2. Répartition des participants par structures et types de métiers

Sur 166 personnes répertoriées de façon précise (en enlevant les personnes invitées et les intervenants), étaient présentes :

- 34 personnes	d'Associations, de structures d'hébergement, d'accueil, d'orientation	11 intervenants sociaux, 6 directeurs, 5 animateurs, 5 éducateurs spécialisés, 3 CESF, 2 coordinateurs santé, 1 infirmière, 1 bénévole
- 23 personnes	d'Associations santé et prévention (bilan de santé, jeunes, alcool, toxicomanie, santé « globale »…)	4 psychologues, 4 infirmières, 1 psychiatre, 3 médecins, 3 responsables prévention, 2 assistantes sociales, 1 coordinateur, 5 non précisés
- 22 personnes	du réseau d'éducation pour la santé ADES /CRAES	6 responsables de structure, 10 chargés de projets, 2 documentalistes, 4 chargés de communication et de secrétariat)
- 17 personnes	de services de Protection sociale (CPAM, CRAM, MSA, URCAM)	5 assistantes sociales, 1 médecin de centre d'examen de santé, 1 chargé de mission précarité, 4 responsable de promotion de la santé, 2 agents de direction de caisse
- 10 personnes	de Missions locales	3 référents santé, 3 conseillères et référents santé, 3 conseillères, 1 psychologue
- 9 personnes	de la Mutualité et des Mutuelles de France	6 responsables promotion santé, 2 chargés de mission, 1 relais santé

- 9 personnes	de Conseils généraux	3 médecin responsable de service, 2 AS référent RMI, 1 infirmière de SP, 1 coordinateur CLI, 2 médecins territoriaux
- 7 personnes	des services de l'Etat DDASS/DRASS	4 coordinateur PRAPS, 2 MISP, 1 AS, 1 responsable de pôle social
- 7 personnes	de Services Communaux d'Hygiène et des Santé	2 médecins directeurs, 3 chargés de mission santé, 2 infirmières
- 7 personnes	de CCAS	2 agents administratifs, 4 référents santé
- 7 personnes	d'Instituts ou d'organismes de formation	3 infirmières enseignantes, 4 formateurs autre
- 6 personnes	d'Associations d'insertion :	2 chargés d'insertion, 1 infirmière de santé publique, 1 éducateur, 2 psychologues
- 3 personnes	d'Associations migrants	1 responsable, 1 CESF, 1 autre
- 2 personnes	de la Politique de la ville :	2 chefs de projets
- 2 personnes	d'associations caritatives (Secours catholique)	2 bénévoles
- 1 personne	de l'Education nationale	1 médecin

EVALUATION « A CHAUD »
DE LA JOURNEE DU 26 AVRIL 2001
ACCOMPAGNER VERS LA SANTE

RETOUR DU QUESTIONNAIRE D'EVALUATION

Une feuille d'évaluation a été communiquée à chaque participants (insertion dans la pochette d'accueil).
75 questionnaires dévaluation ont été retournés dans les 5 jours qui ont suivi la journée de rencontre et d'échange, soit 45 % de retour sur les participants (non invités, non intervenants)

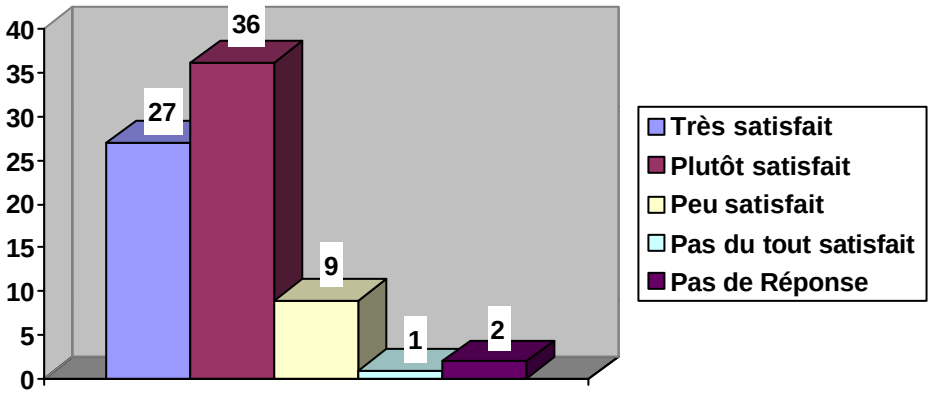
EVALUATION, EN FONCTION DES OBJECTIFS FIXES

Les participants étaient invités à donner un score de satisfaction par rapport aux objectifs préalablement fixés pour ce temps de rencontre régional.

1) Cette journée était destinée
à faciliter la rencontre des professionnels du social, de la santé et des associations en proximité avec des personnes en difficulté sociale

Par rapport à cet objectif vous êtes :

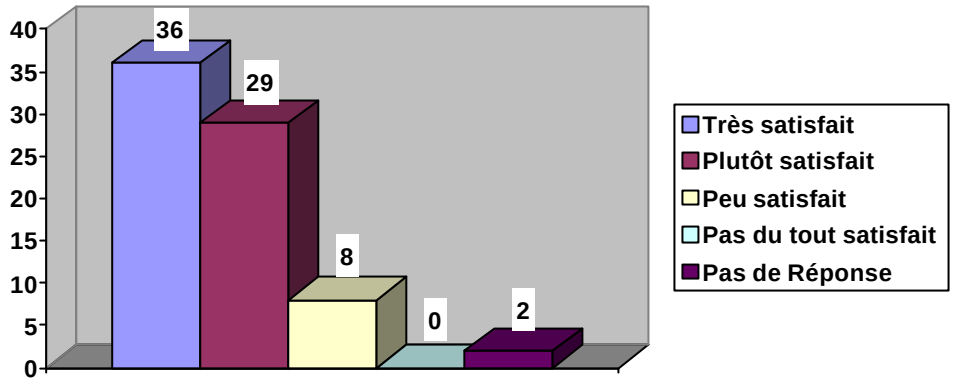
Très satisfait	27	36%
Plutôt satisfait	36	48%
Peu satisfait	9	12%
Pas du tout satisfait	1	1,33%
Pas de Réponse	2	2,67%
Total :	75	100%



2) Cette journée était destinée
à confronter les pratiques d'accompagnement santé à une réflexion fondamentale sur les notions d'accompagnement et de santé

Par rapport à cet objectif vous êtes :

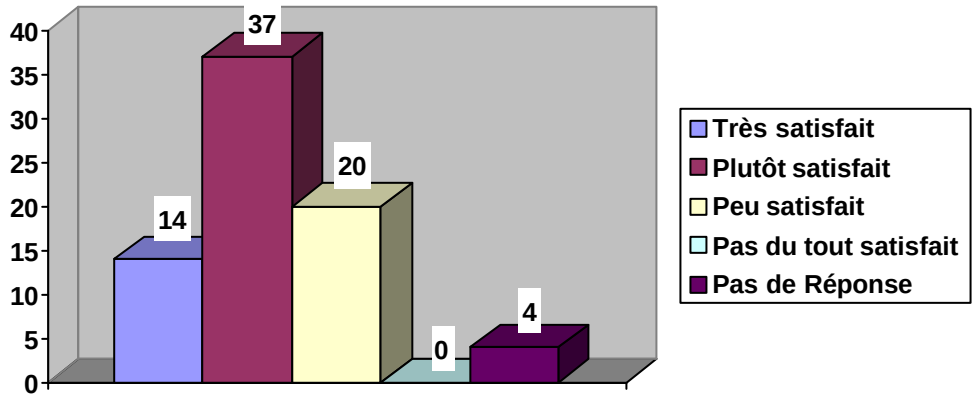
Très satisfait	36	48%
Plutôt satisfait	29	38,66%
Peu satisfait	8	10,67%
Pas du tout satisfait	0	0%
Pas de Réponse	2	2,67%
Total :	75	100%



3) Cette journée était destinée
à resituer les trajectoires de vie des personnes au cœur de toute démarche d'accompagnement.

Par rapport à cet objectif vous êtes :

Très satisfait	14	18,67%
Plutôt satisfait	37	49,33%
Peu satisfait	20	26,66%
Pas du tout satisfait	0	0%
Pas de Réponse	4	5,34%
Total :	75	100%



Globalement, la satisfaction des participants est importante, surtout en ce qui concerne la réflexion « fondamentale » et la rencontre entre professionnels. La volonté de placer la trajectoire des personnes au cœur de la réflexion est moins positivement appréciée… sans doute, le caractère abstrait de cet objectif rendait son appréciation plus difficile.

LES POINTS FORTS RETENUS :

1. **Novecento : pianiste** (61)

En particulier :

- expérience « théâtre » ou autre expression non verbale à poursuivre
- comme outil original facilitant l'échange et la réflexion (25)
- comme possibilité de travailler à partir des émotions, de la poésie et pas seulement de la pensée (16)
- permettant une approche originale de l'individu face à ses choix (3)

2. **Les échanges** (36) **avec des aspects différents** :
   - L'échange spontané en petit groupes (26)
   - Les débats (2)
   - Les échanges informels interprofessionnels, facilités par la convivialité et par le cadre (13)

3. **Les 3 intervenants**,
   - La qualité des 3 interventions dans leur ensemble et l'intérêt de la confrontation de trois entrées différentes (23)
   - Mention particulière de l'intervention de M. C. Zinck (25), de celle de Brigitte Sandrin Berthon (13) et de Christian Laval (3) , de Anne Grange (1)

4. **L'organisation globale de la journée** (27) :
   - Construction, qualité, organisation matérielle et en équipe
5. **Le lieu, le soleil, l'environnement, le repas**… (14)

Et par ailleurs, quelques éléments de contenus retenus comme points forts :

- un regard lucide et une manière intéressante d'approcher le thème,
- une aide pour distinguer le « pourquoi » du « comment »,,
- une aide pour prendre en compte ses propres fragilités,
- la nécessité de veiller aux limites de l'accompagnement, l'importance de la première rencontre…
- N'est ce pas les professionnels qui ne descendent pas de leur bateau ?

LES POINTS FAIBLES RETENUS :

1. **Pas assez de temps pour communiquer** (25)
   et condition matérielle de l'échange pas idéales (2)
   - Entre participants,
   - Entre intervenants et la salle,
   - Avec les acteurs de terrain

2. **Après midi trop dense** (11), trop long (2)… sans pause (4) !

3. **La forme de la table ronde** (7) :

- Pas assez de place pour le terrain ou venu trop tard
- Exposés inégaux, trop resserrés dans le temps, trop d'intervenants

4. **Les interventions** :
   - M.C. Zinck, dans la forme (5) et le fond (1)
   - C. Laval, dans la forme (3) et le fond (2)
   - Sans possibilité de débats après chaque intervenant (3)
   - Peu d'éléments sur les définitions de la santé (1)

5. **Des absents regrettés** :
   - Absence d'un « psy » dans les intervenants (2)
   - Peu de décideurs et financeurs (1)
   - Et les usagers ? (5)
   - Et le monde scolaire (1)

6. **Imprécision des publics visés** :
   - Mieux préciser les destinataires du colloque (1)
   - Mieux préciser les destinataires de l'accompagnement (1)

7. **Les chaises** trop dures (9) !.. et **le café** trop court (2) !

8. **Le prix** (1) : participation et déplacement, lourd pour les petites structures

Globalement la journée a été très appréciée, tant sur le plan de l'innovation à partir d'un spectacle, que sur celui du contenu. La densité de l'après midi a fait obstacle à une véritable mise en débat entre les acteurs. L'aspect échange de pratique a manqué à plusieurs. Notons cependant que le groupe de préparation n'avait pas souhaité orienter particulièrement sur ce type d'échange mais plutôt susciter une réflexion, à partir des pratiques, mais avec des outils et éclairages plus « universitaires » : philosophie, sociologie et santé publique.

LES PROPOSITIONS (37 réponses)

1. **D'autres journées (10) :**
   - pour poursuivre un échange de pratiques, d'expériences, des peurs et des réussites,
   - articuler ces échanges avec la réflexion, repérer les innovations,
   - travailler sur les trajectoires des personnes,
   - repérer les questions éthiques, méthodologiques…

2. **Directement en lien avec ce colloque :**
   - Produire un « 4 pages » validé par les décideurs régionaux
   - Introduire la notion d'accompagnement santé à la prochaine conférence régionale de santé… voire celle de santé communautaire, en lien avec la politique de la Ville
   - Aider à l'évaluation des actions en référence aux éclairages de ce colloque
   - Repérer les idées fortes et constituer des groupes de travail, locaux, et communiquer sur le travail engagé,

3. Accompagner localement la réflexion (9)

- Dans une démarche interprofessionnelle
- En lien avec les usagers
- En articulant réflexion et échange de pratiques
- Réflexion sur l'accompagnement en fonction des différentes professions (tous ne sont pas en mesure de faire de l'accompagnement)
- Réflexion sur les représentations et normes de chacun par rapport à la santé
- Aide aux accompagnants, analyse de pratique, apport méthodologique
- Faciliter l'étude de cas pour parvenir à une analyse critique « partageable » (2)

4. Aider à la mutualisation des actions d'accompagnement, en particulier les PASS

5. Concernant la place des « usagers » :

- Donner une place réelle aux personnes
- Croiser les savoirs, co-produire
- Les faire s'exprimer, s'appuyer sur leur expérience, leur expertise
- Echanger avec elles sur la notion d'accompagnement

Les propositions spontanées ont retenu l'attention du groupe de travail qui a accompagné la préparation du colloque. Une suite devra être donnée pour « accompagner » la réflexion sur ce thème.

Des pistes de travail pourront être discutées avec les principaux partenaires engagés dans la région dans le cadre du PRAPS. Elle feront l'objet d'une attention particulière du CRAES-CRIPS dans la mise en œuvre de sa mission sur le champ santé précarité.

- *1ère piste de travail :* ***mettre en place un groupe de travail pour rédiger quelques recommandations sur « accompagner vers la santé ».*** *Ce travail devra s'appuyer sur le contenu de cette journée et sur les pratiques et travaux en cours dans les différents départements. Il conduira à un document qui devra être validé par les principaux décideurs et financeurs concernées par les questions d'accompagnement santé pour les populations en situation précaires ou exclues (Etat, région, Assurance maladie, Conseil généraux et associations).*

- *2ème piste de travail :* ***mettre en réseau, au niveau régional, les différents types « d'accompagnateurs santé »*** *avec comme objectif : le repérage des difficultés, des savoir faire, des besoins en terme d'appui et de formation, la mobilisation des partenaires compétents pour la mise en œuvre de cet appui au niveau local et/ou régional.*

- *3ème piste de travail :* ***organiser une réflexion concertée sur la notion de participation des populations en situation précaires ou exclues dans le domaine de la santé****, en tenant compte des travaux déjà réalisés dans la région (groupe de travail de l'URCAM et étude de Lilian Mathieu, groupes de travail et programme de la MRIE, journées d'étude de la FNARS Rhône-Alpes, expériences de santé communautaire, journée de formation Mutualité : CRAES-CRIPS) et des axes stratégiques déjà définis dans le domaine de la santé (états généraux de la santé, démocratie sanitaire, représentation des usagers dans les hôpitaux…)*

Retranscription des textes de l'après midi :
Jocelyne BRUYERE - BOUCHER
Sténotypiste de conférence

Textes revus et corrigés par les auteurs

Coordination :
Agnès GRANIER - CRAES-CRIPS

Mise en page :
Pascale MANICACCI- CRAES-CRIPS

Disponible au
CRAES-CRIPS
9, quai Jean Moulin 69001 LYON
T : 04 72 00 55 70 F : 04 72 00 07 53