



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : avril 2001

**LA MISE EN PLACE
DES ATELIERS SANTÉ DANS LE
DÉPARTEMENT DU GARD**

Brigitte TILMONT

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION	1
2 - FACE À LA PAUVRETÉ, LA PRÉCARITÉ : LA MISE EN PLACE DES PRAPS 4	
2.1 La Précarité _____	4
2.1.1 Données nationales _____	4
2.1.2 Données régionales et départementales _____	5
2.1.3 Les effets de la précarité sur la santé _____	5
2.2 le PRAPS _____	8
2.2.1 Définition _____	8
2.2.2 Le bilan préalable à l'élaboration du PRAPS _____	9
2.2.3 Le PRAPS Languedoc-Roussillon _____	9
2.3 Dans le cadre du PRAPS : l'atelier santé _____	11
2.3.1 L'atelier santé _____	11
2.3.2 Le programme ateliers santé dans le Languedoc-Roussillon _____	11
2.3.3 Le programme ateliers santé dans le Gard _____	12
2.4 Méthodologie _____	14
2.4.1 La recherche bibliographique _____	14
2.4.2 L'enquête par entretiens _____	14
2.4.3 La rencontre avec des personnes participant aux ateliers santé _____	16
3 - L'ATELIER SANTÉ : ENJEU POUR L'ÉTAT, ENJEU POUR LES ASSOCIATIONS	17
3.1 Des insuffisances institutionnelles _____	17
3.1.1 La définition des ateliers santé : une réflexion à approfondir _____	17
3.1.2 La mise en place des ateliers santé : une régulation à organiser entre des partenaires associatifs nécessaires _____	20
3.1.3 La mise en œuvre des politiques publiques : une articulation entre services de l'État à améliorer _____	21
3.2 Des fonctionnements associatifs divers _____	23
3.2.1 Les associations engagées dans les ateliers santé : la volonté de s'inscrire dans une démarche communautaire _____	23
3.2.2 Le CODES du Gard : des missions imprécises _____	26
3.3 Les rapports entre État et associations : un difficile partenariat _____	28
3.3.1 L'octroi des financements : des choix à expliquer _____	28

3.3.2	Au sein d'actions communes : la difficulté d'un travail partenarial	29
4	LA MISE EN PLACE DES ATELIERS SANTÉ DANS LE GARD : UN RENFORCEMENT SOUHAITABLE DU RÔLE DE L'ÉTAT	31
4.1	Harmoniser les relations entre les services déconcentrés	32
4.2	Préciser les définitions possibles de l'atelier santé	35
4.3	Définir les conditions du partenariat	38
4.4	Contribuer à l'évaluation des actions	40
5	ÉTAT ET ASSOCIATIONS : LA NÉCESSITÉ DE CONSTRUIRE UNE NOUVELLE RELATION	42
5.1	Reconnaître la légitimité de chacun	42
5.2	Situer la relation entre l'État et les associations en regard de la décentralisation	43
5.3	Déterminer les conditions de financement	44
5.4	Contractualiser la relation entre l'État et les associations	45
6	CONCLUSION	46
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	49
	<u>LISTE DES ANNEXES</u>	53

1 - INTRODUCTION

La pauvreté est l'un des déterminants majeurs de l'état de santé des populations.

Sont considérés comme « pauvres » les ménages dont le revenu par unité de consommation est deux fois plus faible que le niveau de revenu atteint par la moitié de l'ensemble des ménages. En France, le seuil de pauvreté est estimé à 3200,00 francs pour une personne vivant seule ; un peu plus d'un ménage français sur dix vit en dessous de ce seuil.¹

La progression des phénomènes de précarisation, résultat d'un enchaînement d'évènements qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale, est telle qu'une réelle dégradation de la santé des personnes les plus défavorisées et, au-delà de celle de la population entière est à craindre. Les jeunes, et en particulier ceux qui vivent dans des conditions difficiles, y sont particulièrement exposés.

« L'ampleur du risque sanitaire lié à la précarité représente donc un enjeu fondamental pour les Pouvoirs Publics et pour les institutions de prise en charge du risque sanitaire et social ».²

Dans ce contexte, l'État semble plus que jamais considéré comme responsable de la solidarité sociale; avec le développement des phénomènes d'exclusion, de précarité, « c'est son intervention que l'on réclame ou son inaction que l'on déplore ».³ Mais, cet «État-providence », intervenant au nom des principes d'égalité et de défense de l'intérêt général, paraît aujourd'hui en difficulté pour faire face à la montée de l'exclusion, ce que plusieurs éléments contribuent à expliquer : une insuffisance de moyens financiers consécutive à une période de crise économique, une certaine inadaptation des structures et des moyens d'intervention mais aussi l'inaptitude des intervenants à travailler ensemble.

¹ Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France 1994-1998*. La documentation française. 1998.

² Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Éditions ENSP. 1998.

³ Rapport de la commission « État, administration et services publics de l'an 2000 ». *Pour un État stratège, garant de l'intérêt général*. La documentation française. 1993.

Les associations, dans cette situation, sont souvent l'ultime filet de la protection sociale. Orientées vers la collectivité et l'intérêt général, elles voient leur légitimité reconnue à travers leur rôle dans le domaine de la solidarité.

Cette légitimité repose sur leur capacité à détecter les nouvelles formes d'exclusion, à alerter l'opinion et les Pouvoirs Publics, à intervenir sans tarder sur les nouvelles urgences sociales; par ailleurs, elles mènent des actions de proximité, elles ont un engagement au plus proche des personnes en détresse.

L'existence puis le développement du mouvement associatif sont nés de l'adoption le 1^{er} juillet 1901 de la loi relative au contrat d'association ; celle-ci consacre une grande liberté publique : celle de s'associer, et son corollaire : la liberté de s'organiser.

Cette loi forme le cadre de la relation entre l'État et les associations, relation qui a beaucoup évolué depuis une vingtaine d'années, en raison d'une part de la crise de « l'État providence » et d'autre part de la décentralisation.

Les Pouvoirs Publics reconnaissent aux associations intervenant dans les secteurs sanitaire et social, la capacité de rendre « vivant l'espace entre l'État et les individus », de répondre à des besoins remplis ni par le secteur public, ni par le secteur privé et de tisser du lien social. Pourtant, le rapport entre les uns et les autres n'est pas égalitaire : si le discours concède volontiers au monde associatif un fort pouvoir de cohésion sociale, l'association doit encore bien souvent prouver sa légitimité. Inversement, les responsables associatifs craignant vivement l'instrumentalisation de leur association par les Pouvoirs Publics hésitent beaucoup à s'engager dans une démarche de transparence vis-à-vis de ceux-ci tant pour ce qui concerne l'évaluation de leur action que pour ce qui relève de l'utilisation des fonds dont ils disposent.

Ni les Pouvoirs Publics, ni les associations n'ont cependant le monopole de l'intérêt collectif : il est donc capital de poser les conditions d'un véritable partenariat entre eux, au sens où être partenaire signifie « se donner ensemble les moyens d'agir en vue d'un objectif commun, dans le respect de l'identité de chacun »⁴.

La reconnaissance de la légitimité de l'autre ne suffit pas : le partenariat n'est rendu possible que par l'engagement réciproque de reconnaître des droits et d'observer des obligations.

⁴ *Vie associative, transparence et relations avec les Pouvoirs Publics*. Assises nationales de la vie associative. Février 1999. Disponible sur Internet : <<http://www.vie-associative.gouv.fr>>

L'objet de ce mémoire est, à travers la mise en place des ateliers santé dans le Gard, objectif prioritaire du «volet prévention» du programme régional Languedoc-Roussillon d'accès à la prévention et aux soins des populations précaires (PRAPS), d'étudier les obstacles rencontrés par les membres associatifs d'une part et les représentants des services déconcentrés de l'État d'autre part pour travailler ensemble dans les domaines sanitaire et social, auprès des personnes en situation précaire.

En effet, le médecin inspecteur de santé publique, chef de projet départemental du PRAPS rencontre de réelles difficultés pour coordonner ces actions dans le département.

Dans ce travail, dans un premier temps, sont décrites, après un bref exposé du contexte national, la situation socio-économique de la région Languedoc-Roussillon et celle du département du Gard puis sont exposées les difficultés rencontrées par les populations en situation précaire et leurs conséquences dans le champ de la santé.

Dans un deuxième temps, est présenté le PRAPS du Languedoc-Roussillon, en particulier les objectifs prioritaires de son volet prévention.

Ensuite, sont retranscrits et analysés les entretiens réalisés auprès de différents intervenants institutionnels et associatifs participant à la mise en œuvre des ateliers santé.

L'analyse de leurs propos permet de mettre en évidence les difficultés auxquelles ils sont confrontés puis de faire des propositions visant à y remédier en renforçant la fonction du médecin inspecteur dans la définition, la mise en œuvre des politiques de santé locales, leur évaluation et la coordination des actions menées.

Cette étude permet, au travers de cette action de mise en place des ateliers santé, d'aborder les relations voire les enjeux existant entre les services déconcentrés de l'État et les associations.

2 - FACE A LA PAUVRETE, LA PRECARITE : LA MISE EN PLACE DES PRAPS

2.1 La Précarité

2.1.1 Données nationales

En France métropolitaine, fin 1999, environ 3 millions de foyers reçoivent une prestation de solidarité.

La population couverte par les minima sociaux est de l'ordre de 5,5 millions de personnes soit un peu moins de 10% de la population⁵.

En juin 2000, le revenu minimum d'insertion (RMI) est attribué à un peu plus d'un million d'allocataires en France métropolitaine et à 130 000 environ dans les départements d'Outre-Mer. Parmi ces allocataires du RMI, les moins de trente ans représentent 26% de l'effectif, bien que les personnes âgées de moins de vingt-cinq ans n'y aient pas accès, sauf en cas de charge d'enfants⁶.

Par ailleurs, un taux de chômage encore haut, un marché du travail caractérisé par une forte proportion d'emplois au statut incertain, l'accroissement des inégalités sociales et des revenus sont à l'origine d'un processus massif de précarisation de la population.

12 à 15 millions de personnes selon les estimations (soit de 20 à 25 % de l'ensemble de la population) ont récemment été touchées par les phénomènes de précarisation ou sont en danger de l'être prochainement⁷.

⁵ ARRCO- Extraits de documentation. *Le cumul salaires/allocations représente-t-il une voie d'avenir ?* Juin 2000, N°2000-12, p.15

⁶ CORNILLEAU G, DEMAILLY D, GILLES C et al. Une étude de la DREES : les évolutions récentes du RMI : un effet perceptible de la conjoncture économique. *Partage*. Novembre-Décembre 2000. N°145, pp.30-32

⁷ Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Éditions ENSP. 1998

2.1.2 Données régionales et départementales

Le Languedoc-Roussillon est une région de 2,3 millions d'habitants, le département du Gard en compte 623 115 soit environ 27 % de la population régionale (recensement 1999).

La région connaît en 1997 le taux de chômage le plus important de France et comprend 4 des 6 départements métropolitains présentant le taux le plus élevé.

Au troisième trimestre 2000, le taux de chômage de la région est de 13,8%, celui du Gard atteint 14 % .

Le faible secteur productif de la région se traduit par un produit intérieur brut par habitant le plus petit de France, inférieur de 24 % par rapport au niveau national.

Le revenu disponible brut des ménages est en 1994 de 83 661 francs (88 664 francs pour la France métropolitaine), plaçant la région au 21^{ème} rang des 22 régions françaises.

La proportion de foyers imposables reste l'un des plus faible de France.

Le nombre de personnes bénéficiant dans la région d'aides et / ou de minima sociaux au 31 décembre 1998 est d'environ 355 000 parmi lesquelles 71 964 sont allocataires du RMI⁸. Dans le Gard, au troisième trimestre 2000, le nombre d'allocataires du RMI est de 22 437.

2.1.3 Les effets de la précarité sur la santé

Le mot « précaire » à l'origine désigne quelque chose «qui n'est pas assuré de durer » : c'est bien cette dimension d'instabilité qui désigne le plus fortement ces parcours faits d'alternances entre des périodes de travail et des périodes de chômage, marqués par l'incertitude et l'impossibilité de se projeter dans l'avenir⁹.

Ce phénomène entraîne de profonds bouleversements dans les conditions et les modes de vie de ces populations et est à l'origine de véritables dynamiques de régression sur les plans social, politique et culturel : les personnes en situation précaire risquent à tout moment de perdre leur capacité à fonctionner « normalement » dans la société, à assumer le rôle que chacune d'entre elles souhaite jouer ou celui que la société attend d'elle.

⁸ DRASS Languedoc-Roussillon. *PRAPS. Bilan de l'existant*. Septembre 1999

⁹ HELARDOT V. Exclusion, pauvreté, précarité...Approche socio-historique de l'intégration sociale. *La Santé de l'homme*. Juillet-Août 2000. N°348, pp.12-14

Ces difficultés majeures liées à la précarité trouvent une expression particulière dans le champ de la santé.

Les personnes en situation de précarité ne présentent pas de pathologies spécifiques mais plutôt un cumul de problèmes d'ordre biologique et psychologique mal ou non résolus, souvent occasionnés ou aggravés par leur situation sociale et qui les place dans une situation de fragilité et de risque accru par rapport au reste de la population.

A cela s'ajoutent pour les professionnels de santé des « demandes nouvelles » puisque renvoyant au domaine du comportement et à celui du ressenti et souvent résumées par la notion de « mal-être » : on constate ici « *l'absence ou l'abandon des préceptes préventifs les plus basiques et surtout des attitudes individuelles ou collectives dans lesquelles la santé semble désinvestie puisque dépourvue de toute valeur symbolique* »¹⁰.

Ces nouvelles attitudes sont à l'origine des conduites dites « à risque » (toxicomanies, alcoolisme, accidents..) ainsi que de la multiplication des tableaux de décompensation psychologique (violences, suicides, comportements d'abandon particulièrement visibles au niveau de l'hygiène corporelle et de vie..).

Sur le plan social, la transformation et la perte de rôles et statuts sociaux identitaires (ceux liés au travail en particulier), l'affaiblissement des mécanismes de socialisation et de soutien social (situations d'isolement, fractures communautaires, transformations de la famille..) mais aussi les difficultés d'accès aux services de protection sanitaire et sociale (seuils d'accès incompatibles avec les capacités des personnes fragilisées) sont à l'origine de souffrances individuelles et collectives s'exprimant dans le champ de la santé.

L'analyse de la « demande » fait souvent apparaître « *un sujet en voie de décomposition, ayant perdu ses repères les plus élémentaires lui permettant de s'adapter de façon logique à sa situation, en discernant clairement ses intérêts (ici : la santé) et en se situant correctement (c'est-à-dire en tenant compte des normes en vigueur) dans son environnement social, administratif et économique* ».

Consulter un médecin, acheter des médicaments, respecter un régime, remplir un formulaire de sécurité sociale sont des actes inscrits dans la vie quotidienne de la majorité d'entre nous ; pourtant, ces actes « *ne sont pas innés* ».

¹⁰ BERTOLOTTO F. L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale ». *Actualité et dossier en santé publique*. Septembre 1996. N°16, pp.29-31

Les personnes en situation précaire rencontrent pour accéder aux soins des obstacles d'ordre matériel, psychologique, culturel :

- le manque, la faiblesse des ressources constituent une limite majeure à l'accès et à l'utilisation des prestations de santé ;
- à la base de toute santé se situe le corps, « *instrument d'expression de la personnalité individuelle et de communication avec autrui* », dont l'homme doit acquérir progressivement la maîtrise à travers ses premières expériences ; or, cet apprentissage ne se fait que très mal parmi les populations en situation précaire chez qui se retrouve plutôt « *une indifférence à [leur] corps* » à l'origine d'un manque de soins qui associé au regard dévalorisant des autres, fait peu à peu naître un sentiment de honte : honte d'exposer son corps au personnel de santé donc de consulter, honte de présenter certaines pathologies comme l'éthylisme, la malnutrition, les blessures et les traumatismes dus à la violence (« *maladies de pauvres* »), honte d'être à la charge de la société¹¹ ; l'image dévalorisée de leur corps, l'expérience d'une vie défavorisée conduisent les personnes en situation précaire à une perception différente de la maladie ;
- leur faible niveau d'instruction pénalise les personnes en situation précaire : méconnaître ce qu'est la santé signifie avoir une sensibilité plus faible que d'autres à l'apparition de signes et de symptômes morbides ou se référer à une autre « *normalité* ». Cela signifie aussi ne pas savoir quand prévenir l'apparition d'un mal, qui consulter, comment suivre un traitement. Le handicap culturel se révèle aussi au moment où il faut expliquer son problème au soignant, comprendre ce qu'il dit, lire et exécuter ses prescriptions etc. Effrayés par ces difficultés, les patients en situation précaire ont tendance à se tenir en dehors du système commun ou alors ils s'en remettent à la compétence et à la bonne volonté de travailleurs sociaux par exemple et mesurent là encore leur plus faible autonomie.

¹¹ D'IVERNOIS J.F, JOIN-LAMBERT L, LARCHER P et al. *La santé des enfants et des familles du quart-monde*. Paris : Centre International de l'Enfance. 1988. pp.31-35

En 1986, à l'occasion de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fortement modulé la définition de la santé lors de l'adoption d'une charte dite « Charte d'Ottawa » (annexe 1) : « *La santé est (..) perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. (..) La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie* ».

La question des inégalités de santé engendrées par les inégalités sociales est complexe et exige des actions continues sur plusieurs fronts à la fois afin d'en réduire l'ampleur au sein de la population et également afin de rendre accessible une meilleure qualité de vie aux personnes et aux groupes vulnérables.

Il n'existe pas de forme unique d'intervention permettant de trouver à court terme la solution au cumul des difficultés rencontrées par les personnes en situation précaire¹².

Cependant, de nombreuses formes de solidarité sociale, d'interventions socio-sanitaires plus efficaces peuvent réduire l'impact des conditions de vie et de la pauvreté sur la santé et le bien-être.

2.2 le PRAPS

2.2.1 Définition

La loi d'orientation contre les exclusions du 29 juillet 1998, particulièrement en son article 71 instituant la mise en place dans chaque région d'un PRAPS, tend à favoriser de nouvelles initiatives de solidarité sociale envers les populations en situation précaire¹³.

Le Languedoc-Roussillon, région dont les indicateurs socio-économiques montrent, comme il a été vu plus haut, une précarisation certaine de la population, bénéficie d'une forte mobilisation régionale en faveur de la mise en place du PRAPS.

L'objectif assigné à ce dernier, visant à l'amélioration des réponses du système de santé aux besoins des populations en situation précaire, s'appuie sur un travail d'analyse des besoins

¹² COLIN C, MOFFET S. Les inégalités socio-économiques et la santé : un aperçu de la perspective québécoise. *Prévenir*. N°28, pp.175-87

¹³ Loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

recensés auprès de ces populations et définit au niveau régional les conditions de la mobilisation de tous les acteurs et la coordination des actions de prévention et de soins à mettre en œuvre¹⁴.

2.2.2 Le bilan préalable à l'élaboration du PRAPS

Dans le Languedoc-Roussillon, l'analyse de l'existant et des principaux dysfonctionnements concernant les personnes en situation précaire s'est terminée en septembre 1999 par les constats suivants :

- la parole des personnes en situation précaire n'est pratiquement jamais recueillie ; ces personnes, confrontées à des situations traumatisantes -comme la perte de leur emploi- ne sont donc reconnues qu'à travers les observations des professionnels ;
- à l'image de ce qui se passe sur le plan national, les dispositifs d'aides sont complexes et sectoriels ; il est nécessaire de travailler à davantage de cohérence entre les différents représentants de l'État impliqués dans les domaines sanitaire et social et les pratiques des différents professionnels ;
- l'approche des publics est segmentée, subjective du fait d'un cloisonnement des services administratifs, sociaux et sanitaires et de la représentation, des a priori que chaque professionnel a des publics précaires ;
- la prévention est peu développée, peu évaluée ; les actions de prévention sont dispersées. Les actions d'éducation à la santé en direction des personnes précarisées ne sont pas développées car elles sont perçues comme stigmatisantes ;
- l'insuffisance des réponses apportées à certains publics est patente alors que ces populations -victimes de mal-être, jeunes ou encore personnes vivant dans la rue- nécessitent une prise en charge spécifique.

¹⁴ DRASS Languedoc-Roussillon. *PRAPS. Bilan de l'existant*. Septembre 1999

2.2.3 Le PRAPS Languedoc-Roussillon

Le PRAPS Languedoc – Roussillon, arrêté le 29 février 2000, s'inscrit en conséquence dans une stratégie visant d'une part à permettre aux publics les plus fragiles d'avoir accès aux dispositifs de droit commun, d'être acteurs de leur propre santé et ainsi renforcer leur place de citoyens, d'autre part à faire évoluer les dispositifs existants ainsi que les pratiques et les comportements des professionnels à l'égard des personnes touchées par la précarité¹⁵.

Trois objectifs prioritaires lui sont assignés :

- établir la pertinence des dispositifs en adéquation aux besoins des personnes : pour cela il est recommandé d'une part de chercher à valoriser la prise en compte des populations en situation précaire, en développant sa participation au montage et à la réalisation des actions et en mettant en place des outils de recueil de la parole permettant de faire émerger leurs besoins, d'autre part de développer la complémentarité des acteurs et des structures sanitaires et sociales en favorisant la mise en place de relations partenariales et en évaluant leurs effets ;
- renforcer la synergie des pratiques et la complémentarité des acteurs en développant les formations pluridisciplinaires, en développant et évaluant les pratiques de concertation et de réseau ;
- développer la prévention : il est recommandé de cibler dans chaque département de la région, sur des territoires précis, des publics prioritaires et leurs problèmes de santé prioritaires puis de développer le partenariat entre les différents acteurs intervenant auprès de ces publics afin que soient menées en cohérence des actions collectives d'éducation à la santé ; il est nécessaire en conséquence de former à la promotion de la santé les professionnels administratifs, sanitaires et sociaux.

Une déclinaison du PRAPS est alors élaborée dans chaque département, constituant un plan départemental d'accès à la prévention et aux soins.

¹⁵ DRASS Languedoc-Roussillon. Le PRAPS. Février 2000

2.3 Dans le cadre du PRAPS : l'atelier santé

2.3.1 L'atelier santé

Le PRAPS Languedoc-Roussillon insiste donc particulièrement, dans son volet prévention, sur la mise en place « *d'actions collectives d'éducation à la santé et à la citoyenneté : ateliers santé avec démarche participative des personnes, actions de santé communautaire..* ».

L'accent y est mis sur le concept « d'atelier santé », conçu comme un travail en groupe avec les plus démunis, dans le but de réduire et de prévenir les effets de la précarité sur la santé. L'atelier santé est pressenti comme une forme pertinente d'action permettant aux personnes en situation précaire de « se réapproprier » leur corps, de retrouver « une estime de soi », d'être soutenues dans leur développement individuel et social, d'acquérir des aptitudes individuelles les conduisant à assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé.

Les ateliers santé s'inscrivent donc dans le volet « accès à la prévention et aux soins » institué par la circulaire du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi contre les exclusions pour les exercices 1998/1999¹⁶.

Il y est précisé que les services déconcentrés de l'État peuvent confier au réseau des Comités d'Éducation pour la Santé l'animation d'activités « *destinées à faciliter l'expression et l'exercice de la créativité, ainsi que l'apprentissage des compétences nécessaires à la réappropriation du corps ou l'accès aux informations nécessaires à la préservation du capital santé* ».

2.3.2 Le programme ateliers santé dans le Languedoc-Roussillon

Dans le Languedoc – Roussillon, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) a souhaité mettre en œuvre un « programme ateliers santé » départementalisé sur l'ensemble de la région.

Elle a ainsi initié un programme dont elle a confié l'animation au Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES), dans le cadre de projets départementalisés, programme qui comportaient trois axes de travail :

¹⁶ Circulaire DGS/DAGPB/DAS N°98/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

- l'élaboration d'un outil de référence permettant de qualifier les actions de prévention et d'éducation en santé proposées aux publics en situation précaire afin d'identifier celles susceptibles d'être retenues comme ateliers santé ;
- la réalisation d'un état des lieux sur chaque département dans le cadre d'un travail conjoint mené par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et le Comité Départemental d'Éducation pour la Santé (CODES) ;
- une série de rencontres régionales associant la DRASS, les DDASS, le CRES et les CODES permettant d'assurer le suivi de l'état des lieux et de continuer à définir ensemble les conditions d'une collaboration entre l'État et les CODES.

Dans le même temps, la DRASS a réparti l'ensemble des crédits alloués à la région pour ce programme, soit 1 200 000, 00 francs, entre les différents comités, selon des critères tenant compte à la fois des besoins de chacun d'entre eux en matière de fonctionnement et de la répartition des publics précaires dans les différents départements.

Le CODES du Gard s'est ainsi vu attribué en 1999 :

50 000, 00 francs de subventions de fonctionnement

162 000, 00 francs de subventions pour le déroulement des ateliers santé

soit un total de 212 000, 00 francs.

Afin d'élaborer l'outil de référence, le CRES a proposé plusieurs grilles d'analyse qualitative dont l'une se référant à la charte du réseau français des comités d'éducation pour la santé.

Cette dernière, qui s'appuie sur la charte d'Ottawa, a été choisie, retravaillée puis validée par les différents partenaires du réseau d'éducation pour la santé et des services déconcentrés de l'État. (annexe 2)

Chaque CODES a été invité à organiser avec la DDASS de son département les modalités de recueil des actions en cours dans le département susceptibles de rentrer dans le cadre du PRAPS.

2.3.3 Le programme ateliers santé dans le Gard

Dans le Gard, un questionnaire a été adressé à 160 porteurs potentiels d'actions de santé auprès des personnes en situation précaire, afin qu'ils précisent s'ils menaient des actions

dans le cadre des ateliers santé ou s'ils souhaitaient en mener ; une description succincte de ces dernières était demandée.

26 propositions d'atelier santé ont été reçues.

Les personnes en charge du PRAPS à la DDASS ont décidé alors de retenir 11 propositions d'atelier, donnant la priorité à celles émanant de zones géographiques aux indicateurs de précarité alarmants tant en milieu urbain qu'en zone rurale où peu d'actions sont menées. Ces mêmes ateliers ont simultanément été retenus par le CODES.

Il s'agissait dans certains cas d'actions nouvelles ; d'autres au contraire concernaient des groupes de personnes avec lesquels un travail d'éducation pour la santé était déjà commencé : jeunes en classe d'insertion, adultes inscrits dans des dispositifs relevant du plan départemental d'insertion, mais dont les porteurs souhaitaient qu'elles soient inscrites dans le PRAPS.

Le choix de ces ateliers santé a donc fait l'unanimité des deux partenaires, DDASS et CODES.

Lors du premier semestre 2000, les difficultés ont surgi : en effet, au mois de juin, aucun nouvel atelier santé n'avait débuté :

- le CODES justifiait ce retard par la nécessité de recruter une personne affectée aux ateliers santé, ce qui lui a demandé plusieurs mois ;
- la DDASS souhaitait recevoir des rapports d'étape de chaque atelier en cours tandis que le CODES faisait parvenir un bilan global, accompagné d'un bilan financier lui aussi global ;
- certains porteurs d'atelier santé du secteur associatif signalaient la difficulté qu'ils avaient à poursuivre leur action selon les modalités définies dans le cadre du PRAPS ;
- différentes rencontres entre les intervenants ne permettaient pas de mettre en évidence l'origine de ce « blocage ».

Aussi, la mise en place des ateliers santé étant l'une des actions prioritaires et innovantes du volet prévention du PRAPS et de sa déclinaison départementale, il était décidé de mener un travail permettant de rencontrer les différents intervenants dans les ateliers santé du Gard

afin de mettre en évidence l'origine des difficultés puis de faire des propositions visant à favoriser le déroulement de cette action.

2.4 Méthodologie

Pour réaliser ce travail ont été réalisées une recherche bibliographique, une série d'entretiens avec des professionnels -institutionnels et associatifs- et des bénévoles - associatifs- en charge de la mise en œuvre d'ateliers ainsi que des rencontres avec des personnes participant à des ateliers santé.

2.4.1 La recherche bibliographique

Elle a essentiellement porté sur :

- les textes de lois et les textes administratifs concernant la lutte contre les exclusions ;
- une bibliographie portant sur les conséquences de la précarité sur l'état de santé des personnes et sur l'éducation pour la santé auprès de personnes en situation précaire ;
- une bibliographie portant sur la relation entre l'État et les associations en France.

2.4.2 L'enquête par entretiens

L'enquête par entretiens permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques ou les événements dont ils ont pu être témoins actifs¹⁷.

Elle permet en outre non pas de recueillir des réponses à des questions mais de favoriser la parole des personnes interviewées en évitant les ruptures que provoque une succession de questions.

Les entretiens se sont déroulés sur un mode semi-directif en fonction d'un guide d'entretien préalablement établi. (annexe 3)

¹⁷ BLANCHET A, GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan université 1992

Le guide d'entretien a permis d'aborder avec chacune des personnes rencontrées les points suivants :

- la définition des ateliers santé, ce qui est attendu de ces actions, la façon dont leur mise en œuvre a été décidée, l'évaluation qui en est faite ;
- les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des ateliers santé, ce qui permet de les expliquer ;
- la relation qui existe entre les services déconcentrés de l'État et les associations.

Les propos des personnes rencontrées ont été pris en note durant l'entretien puis analysés et synthétisés.

Cette opération a consisté à sélectionner et extraire les données susceptibles d'éclairer la problématique exposée.

Certains propos, souvent entendus, ont été retranscrits de façon anonyme, tel qu'ils ont été énoncés et dans ce cas, apparaissent entre guillemets et en italiques.

Les propos émanant d'un représentant des services déconcentrés de l'État sont indiqués par le sigle : <DAS>, ceux tenus par un représentant du CRES Languedoc-Roussillon ou du CODES du Gard le sont par le sigle : <CES>, ceux provenant d'un représentant d'une association autre que le CRES ou le CODES sont précisés par le sigle <ASS>.

Une douzaine de personnes ont été rencontrées :

- responsables ou acteurs associatifs :
 - membres du réseau français d'éducation pour la santé : CRES, CODES du Gard ;
 - membres du Secours Populaire Français, qui accompagnent un atelier santé auprès de femmes en chantier d'insertion professionnelle, à Alès ;
 - membres d'Arap-Rubis, qui mènent un travail de prévention retenu comme atelier santé auprès de femmes prostituées, à Nîmes ;
 - membres d'Asud, qui mènent des actions de prévention retenues comme pouvant être atelier santé auprès de personnes toxicomanes à Nîmes ;

- membres de Riposte, qui mènent un travail en réseau d'accompagnement de personnes toxicomanes et réfléchissent à la mise en place d'un atelier santé, à Bagnols sur Cèze.
- responsables des services déconcentrés de l'État :
 - DRASS : inspectrice principale en charge du PRAPS ;
 - DDASS : trois médecins dont un dans l'Hérault, deux dans le Gard en charge plus particulièrement des « dossiers précarité », une infirmière de santé publique du Gard en charge des « dossiers précarité », un inspecteur principal dans le Gard chargé du pôle social.

Je les remercie d'avoir accepté de participer à ce travail.

Le temps imparti pour la réalisation de ce mémoire d'une part, les dates de réalisation des stages d'été et d'hiver d'autre part ont imposé que ne soient pas concernés directement par les entretiens ni certains partenaires institutionnels, en particulier responsables du plan départemental d'insertion ni certains intervenants dans des ateliers santé se déroulant en milieu scolaire.

2.4.3 La rencontre avec des personnes participant aux ateliers santé

Deux groupes de huit personnes chacun ont été rencontrés : ces personnes sont des femmes allocataires du RMI participant à un chantier d'insertion professionnelle, mené dans le cadre du plan départemental d'insertion par l'association le Secours Populaire Français à Alès.

80 % de ces femmes sont des mères isolées. Toutes sont sans activité professionnelle stable depuis plusieurs années.

La rencontre s'est faite avec chacun des groupes sous forme d'un entretien semi-directif.

Les rencontrer a permis de recueillir leur parole sur leur activité au sein de l'atelier santé, sur ce qu'il leur apporte, ce qu'elles en attendent, comment elles souhaitent le voir évoluer(annexe 4).

Je tiens vivement à les remercier ainsi que les personnes rencontrées dans le local de l'association Arap-Rubis, pour avoir accepté de me consacrer de leur temps et m'avoir accueillie avec confiance.

3 - L'ATELIER SANTE : ENJEU POUR L'ETAT, ENJEU POUR LES ASSOCIATIONS

Dans un contexte dominé d'une part par la crise économique et le sentiment partagé d'une relative impuissance des Pouvoirs Publics à résoudre les grands problèmes comme l'exclusion, la précarité de l'emploi, d'autre part par l'augmentation des déficits publics, la recherche d'alternatives à l'État-providence est menée ; les Pouvoirs Publics ont donc tendance à faire appel aux associations pour participer à la mise en œuvre de certaines politiques publiques, en particulier dans les domaines sanitaire et social.

Cela contribue à expliquer que depuis une dizaine d'années, les associations ont à faire face à l'élargissement de leurs champs d'intervention.

Le secteur associatif s'est beaucoup développé parallèlement à l'aggravation du chômage, de la précarité et des problèmes sociaux, en réponse à une demande sociale plus forte et à des missions plus lourdes qui lui sont donc confiées par les Pouvoirs Publics ; il est donc confronté à des problèmes de plus en plus complexes au premier rang desquels la lutte contre les exclusions.

3.1 Des insuffisances institutionnelles

3.1.1 La définition des ateliers santé : une réflexion à approfondir

Les ateliers santé ne sont pas des actions précisément définies. Il n'y a pas de « *définition toute faite* » <DAS> de l'atelier santé, la circulaire du 8 septembre 1998 ne la précisant pas non plus.

Pour les membres des services déconcentrés de l'État, le travail s'est donc initialement appuyé sur les grilles présentées par le CRES et la réflexion a été menée à partir de quelques règles mises en avant par les membres du réseau des comités français d'éducation pour la santé : les ateliers doivent se développer « *autour de thèmes de santé, celle-ci étant considérée dans sa globalité* » <DAS>. Les actions doivent être menées à

partir des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes et « *peuvent mener aux soins* » <DAS>.

Il peut aussi s'agir de « *la prise en charge d'un groupe de personnes en situation précaire, qui ont une image dégradée d'elles-mêmes, qui ont besoin de se réapproprier certaines notions de leur corps pour pouvoir ensuite se réinsérer socialement* » <DAS>.

Pour d'autres intervenants au sein des ateliers santé, il s'agit de répondre aux différents problèmes rencontrés par les populations en situation précaire. Il peut s'agir par exemple de « *la prévention de la violence* » <CES>.

Plus généralement, il s'agit de « *remobiliser les gens à travers leur capacité à retrouver une estime de soi et donc à prendre soin d'eux-mêmes* » <CES>.

L'atelier santé, s'appuyant sur « *les compétences psychosociales des gens* » doit aussi permettre de repérer dans l'environnement de la personne toutes les ressources qui lui sont nécessaires et l'aider à les réutiliser : « *il s'agit de remobiliser pour réinsérer* » <CES>.

Pour d'autres intervenants associatifs, les ateliers santé sont à placer dans une dynamique communautaire dont « *l'objectif est de donner la chance à l'autre de se réaliser dans un espace* » <ASS>. Il s'agit de rendre l'autre responsable alors qu'il ne l'aurait jamais été autrement ; cela contribue au développement de la personnalité.

L'essentiel d'un atelier santé est la dynamique de prise de parole.

« *Il s'agit, à partir du terrain, de tisser des choses ; la santé communautaire consiste aussi à faire émerger la parole des gens* » <ASS>.

A partir d'échanges informels, surtout lorsqu'ils sont issus de l'initiative des personnes elles-mêmes, la demande de ces dernières émerge.

« *La base de tout échange est la reconnaissance réciproque du savoir et des ignorances de chacun : la question est de savoir comment faire surgir ce savoir et le reconnaître* » <ASS>.

A partir de là des sujets profonds peuvent être abordés : l'angoisse par rapport à son corps, la relation à son corps par exemple.

Au vu des différents propos tenus par les interlocuteurs institutionnels ou associatifs, l'absence de définition commune de l'atelier santé est notable.

Dans le Languedoc-Roussillon, les actions entrant dans les ateliers santé soutenus dans le cadre du PRAPS ont été retenues en fonction de la grille analytique proposée par le CRES, grille assimilée à tort à un cahier des charges.

En effet, alors que les ateliers santé ne sont pas définis formellement par les textes, aucune réflexion n'a été menée préalablement permettant à chacun des partenaires, institutionnel ou associatif, de préciser ce qu'il attend de ces actions et à tous de s'entendre sur un objectif commun à leur donner.

Chacun a donné sa propre définition de l'atelier santé : prise en charge d'un groupe de personnes en vue d'une réinsertion sociale, travail en éducation pour la santé, appui aux personnes pour les aider à se remobiliser ou encore action de dynamique communautaire visant à faire émerger la parole des gens - chacun de ces items peut d'ailleurs lui-même avoir des significations variables d'un intervenant à l'autre -.

Chaque intervenant a été ensuite dans l'obligation de travailler avec des partenaires dont les objectifs étaient souvent différents des siens.

Ce manque de concertation se note aussi dès que le mot «évaluation» est posé : pour certains, il ne reste aux institutions - dans la mesure où elles délèguent beaucoup de leurs prérogatives aux associations – « *pour exercer leur pouvoir* » <DAS> que l'évaluation ; un responsable institutionnel a ainsi déclaré que « *les ateliers santé devront aussi se soumettre à un processus d'évaluation* » <DAS>.

Le plus souvent cependant, l'évaluation est pressentie comme le préalable à mettre en place avant de reconduire ou non des financements. Certains membres associatifs expriment d'ailleurs « *une inquiétude certaine, car l'évaluation ne pourrait être qu'un prétexte pour ne pas renouveler nos subventions* » <ASS>.

Les institutionnels sont perçus comme ne demandant le plus souvent qu' « *une évaluation quantitative de l'action* » <ASS>. Or, lorsqu'il s'agit d'action d'éducation pour la santé avec des personnes en situation précaire, il est essentiel de prendre en compte des indicateurs qualitatifs. Mais, « *les choses sont de plus en plus compliquées* » <ASS> et les outils existants sont jugés complexes ou inutilisables.

Le sens donné au mot «évaluation» est donc posé : il peut être compris comme un contrôle, une sanction-couperet par rapport à d'éventuels financements ou, tout autrement, une façon de montrer aux associations « *qu'elles sont capables de faire* » <DAS>.

Il faut en outre noter que, comme cela a été vu précédemment, aucun objectif clair et concerté n'est le plus souvent fixé aux ateliers santé ; il est donc difficile dans ces conditions de procéder à une évaluation ultérieure : en effet, il est indispensable de préciser s'il s'agit par exemple d'évaluer l'accès à la prévention des personnes en situation précaire, ou d'évaluer le travail en réseau ou bien encore de « *valoriser ce que l'on fait* » <CES>.

L'évaluation peut cependant aussi être perçue comme une démarche nouvelle « *qui n'appartient ni à la culture des associations ni à celle de l'administration mais devrait obliger les gens à se questionner sur ce qu'ils font* » <DAS>.

3.1.2 La mise en place des ateliers santé : une régulation à organiser entre des partenaires associatifs nécessaires

Un an après l'octroi au CODES du Gard du financement de l'ensemble des subventions allouées aux ateliers santé dans le cadre du PRAPS, le constat est celui du faible nombre de nouveaux ateliers santé ayant débuté. En effet, seuls l'état des lieux, le choix des futures actions ont été menés à bien (avec d'ailleurs une large participation de la DDASS).

Dans le Gard, le début d'un travail en commun entre le CODES et les associations déjà engagées dans un atelier santé ou celles souhaitant engager cette action est décrit comme non satisfaisant.

Le problème de la disparité des intervenants est d'ailleurs souvent évoqué par les interlocuteurs puisqu'il s'avère très difficile de faire travailler des partenaires aussi différents que certaines associations qui très clairement situent leur action dans une démarche communautaire et le CODES dont le mode d'intervention est perçu comme « *trop formel, inadapté à la population concernée* » <DAS>.

L'une des personnes interrogées, intervenant institutionnel, précise qu'à l'occasion de la mise en œuvre des ateliers santé dans le Gard et surtout des difficultés rencontrées lors de celle-ci, elle s'est documentée sur la charte d'Ottawa, la promotion de la santé, la notion de santé communautaire ; l'idée, qu'à travers les ateliers santé, les gens puissent devenir acteurs de leur propre santé « *a été une révolution personnelle* » <DAS>, ce d'autant plus que l'offre de soins comme les méthodes d'éducation pour la santé « *traditionnelles* » <DAS> lui paraissent exclure la population en situation précaire.

Une autre personne travaillant elle aussi dans les services déconcentrés de l'État s'interroge sur ce qu'est une démarche de santé communautaire et estime que les ateliers santé « *qui sont quand même codifiés, encadrés* » <DAS> ne s'inscrivent pas forcément dans une telle démarche.

Il semble donc licite de penser que les membres des services déconcentrés de l'État n'ont pas pu formuler aux associations, au CRES et au CODES du Gard leur demande de façon suffisamment claire et précise puisqu'ils n'ont mené leur propre réflexion par rapport aux ateliers santé que face aux difficultés surgies à l'occasion de leur mise en place et non préalablement à celle-ci.

Ils reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes qu'ils ne se sont pas assez impliqués dans cette action dont ils ont l'impression « *qu'elle leur a échappé* » <DAS>.

Le manque d'implication dans une définition plus précise de ce qu'est un atelier santé « *ce qui peut être intéressant puisque cela laisse la porte ouverte, permet de saisir des opportunités* » <CES>, dans la pratique « *pose problème* » <ASS>.

Même si la définition que chaque intervenant donne de l'atelier santé diffère, ce type d'action est reconnu comme ne pouvant se mener qu'auprès d'un groupe de personnes en nombre restreint afin de faciliter la prise de parole et le dialogue.

Des méthodes interactives permettant aux personnes de s'insérer dans une dynamique de groupe puis « *de parler de leurs problèmes* » <CES> sont souvent utilisées.

Les intervenants associatifs insistent sur la nécessité d'être attentif « *pour pouvoir proposer quelque chose à partir de ce qui se dit, de ce qui se passe* » <ASS>. Cela requiert une grande disponibilité que seules les associations proposent.

Il s'agit de l'une des raisons pour lesquelles les associations sont de plus en plus sollicitées pour participer à la mise en œuvre des politiques publiques, à l'échelon local ou à l'échelon national : leur capacité à entendre la demande sociale au plus près du terrain et à lui apporter des réponses appropriées, incitent les Pouvoirs Publics à se tourner vers elles pour l'accomplissement de tâches pour lesquelles ils ne trouvent pas ailleurs les savoir-faire nécessaires.¹⁸

3.1.3 La mise en œuvre des politiques publiques : une articulation entre services de l'État à améliorer

Même si la mise en place des ateliers santé correspond bien aux priorités du PRAPS Languedoc-Roussillon, la décision de mettre en place des ateliers santé est ressentie par toutes les personnes de ce groupe comme étant « *d'origine ministérielle* » <DAS>.

Le choix de travailler systématiquement avec le CRES ou les CODES pour développer la mise en œuvre des ateliers santé dans le cadre du PRAPS fait suite également pour tous les membres de ce groupe à la circulaire du 8 septembre 1998, le Comité Français d'Éducation

¹⁸ BASTIDE Jean. Associations : accompagner leur développement. *Revue : Administration* Juillet/septembre 1997. N°176, pp.127-30

pour la Santé (CFES) étant « *le bras armé du ministère pour tout ce qui concerne la promotion de la santé* » <DAS>.

Ainsi, le financement des ateliers santé prévu dans le PRAPS a été alloué systématiquement au CRES et au CODES du Gard par la DRASS.

« *Les DDASS n'ont pas eu de marge de manoeuvre sauf pour le choix des publics prioritaires dans leur département* » <DAS>. Elles se sont retrouvées « *en porte à faux* » <DAS> d'autant que la DRASS est pilote du PRAPS.

Les représentants des services déconcentrés de l'État se sont préoccupés de la mise en place des ateliers santé en réponse à une décision ministérielle désignant ces derniers comme actions à développer dans le cadre du volet prévention de la loi d'orientation contre les exclusions.

Leur implication s'est essentiellement traduite dans le cadre des ateliers santé par l'octroi des financements au CRES et au CODES du Gard.

Une réflexion s'impose ici ; en effet, « *la conception des politiques publiques nationales, l'élaboration des règles du jeu qui s'imposent à tous, la répartition globale des moyens demeurent de la compétence de l'État central* ».

En revanche, la mise en œuvre des politiques publiques relève essentiellement des services déconcentrés ; ces derniers doivent faire preuve de réactivité pour décider en fonction de la réalité du terrain des mesures les plus appropriées pour atteindre les objectifs fixés.

Il est donc nécessaire de « *permettre aux services déconcentrés d'être de véritables acteurs, sans compromettre pour autant l'unité des politiques publiques* »¹⁹.

Les services déconcentrés doivent donc avoir une réelle connaissance du terrain, à réactualiser en permanence, mais aussi disposer d'une véritable « *marge de manoeuvre* » dans l'utilisation des crédits et la gestion des moyens.

Il est probablement difficile pour les associations, dont le CODES « *de suivre les méandres des décisions administratives ; il leur faut une grande capacité d'adaptation* » <DAS>.

L'administration est décrite par les personnes interrogées, appartenant aux institutions comme devant gagner en cohérence afin de mener dans la continuité sa politique régionale

¹⁹ Rapport de la commission « *État, administration et services publics de l'an 2000* ». *Pour un État stratège, garant de l'intérêt général*. La documentation française. 1993.

de santé. « *Le cadre et les objectifs de travail ne sont pas assez définis ; il n'est pas étonnant qu'ensuite, le dialogue soit difficile à instaurer avec nos partenaires* » <DAS>.

« *En fait, il n'y a pas de politique ; dans le cadre des ateliers santé, l'essentiel est d'équilibrer le financement par rapport à la population de chaque département* » <DAS>.

Il est utile de préciser que même dans cet esprit, la marge de manœuvre des acteurs de DDASS ou même de DRASS semble étroite puisque les décisions en définitive sont prises au sein du comité technique régional interdépartemental (CTRI)²⁰.

La concertation entre services déconcentrés est donc nettement insuffisante.

Les décisions de désigner les CRES et CODES du GARD comme partenaires incontournables des ateliers santé retenus dans le cadre du PRAPS, puis, en conséquence, de lui attribuer l'ensemble des financements prévus à cet effet ont été prises de façon unilatérale par la DRASS. De même, le montant des financements a également été fixé par la DRASS.

Ces décisions ont conduit la DDASS du Gard à travailler avec le CODES de son département pour l'ensemble des ateliers santé retenus sans concertation aucune avec les différents partenaires en particulier associatifs concernés.

« *Un saupoudrage de financements* » <DAS> a été réalisé sans que les objectifs des actions et les conditions d'intervention des uns et des autres n'aient été définis vraiment.

3.2 Des fonctionnements associatifs divers

3.2.1 Les associations engagées dans les ateliers santé : la volonté de s'inscrire dans une démarche communautaire

Les associations rencontrées sont :

- Arap-Rubis : association nîmoise engagée dans une démarche de type communautaire dans le milieu de la prostitution, dont les actions sont principalement un lieu fixe d'accueil, d'écoute, de soutien et d'échanges, un lieu d'accueil mobile

²⁰ CTRI : instance régionale de concertation (constituée par le directeur de la DRASS et les directeurs de chacune des cinq DDASS de la région) chargée notamment d'impulser et de coordonner les programmes régionaux de santé et d'allouer les allocations de ressources dans le secteur médico-social.

(camping-car), lieu de convivialité, de pause et d'écoute, un accompagnement vers certains services médico-sociaux ou vers certaines personnes relais ;

- Asud : association nîmoise d'autosupport des usagers et ex-usagers de drogues, dont les actions sont essentiellement un programme d'échanges de seringues, une mise à disposition de matériel d'information et de prévention des risques liés à l'usage des drogues, un accompagnement vers l'insertion et les soins dans le système de droit commun, un lieu d'accueil et d'écoute, des ateliers d'expression ;
- Riposte : association de Bagnols-sur-Cèze travaillant auprès d'usagers de drogues, dont les actions consistent essentiellement en un lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement des usagers de drogues vers le système médico-social de droit commun, une participation active au sein du réseau ville toxicomanie visant à développer la prévention des conduites addictives et à travailler à une meilleure prise en charge des personnes toxicodépendantes ;
- Secours Populaire Français dans le cadre de son action le Fer à reposer à Alès : chantier d'insertion professionnelle mené avec des femmes allocataires du RMI et au sein duquel est née la volonté d'ajouter une dimension santé à l'insertion professionnelle, en facilitant l'émergence chez ces personnes d'un intérêt à prendre soin de leur corps et à intégrer progressivement puis à adopter des comportements favorables à leur santé ainsi qu'à celle de leur environnement proche.

Chacune de ces quatre associations a l'une de ses actions retenue comme pouvant être atelier santé dans le cadre du PRAPS.

Toutes les quatre se placent dans une dynamique communautaire ; « *tout doit venir du terrain ; il ne faut surtout pas institutionnaliser ces actions [les ateliers santé] qui doivent être en perpétuelle capacité de s'adapter aux personnes et à leurs besoins* » <ASS>.

Les membres associatifs rencontrés insistent sur la nécessité de regarder d'abord ce qui existe puis de se mettre à disposition pour travailler ensemble sur des objectifs communs avec les personnes elles-mêmes ; en effet, le plus souvent, les questions sont posées, les problèmes traités par les personnes elles-mêmes : « *nous ne sommes là que pour compléter, corriger ou dans certains cas nous rendre compte qu'un appui davantage individualisé est nécessaire* » <ASS>.

Cela requiert une grande disponibilité. Des capacités d'écoute, de souplesse, d'adaptation sont un préalable à toute action et « *il est indispensable de croire en l'autre* » <ASS>.

Les intervenants se considèrent comme « *des agents de stimulation, qui se situent du côté de la parole et non du savoir* » <ASS> ; ils participent à la réflexion, à la recherche avec les personnes « *sans forcément exiger des résultats* » <ASS> ; les résultats de l'action n'appartiennent pas aux intervenants.

Dans ces conditions, le CODES décrit comme « *une machine à penser ou à faire* » <ASS> est ressenti plutôt comme un partenaire obligé pour la mise en place des ateliers santé financés par le PRAPS. Les opérateurs de terrain qui souvent travaillent déjà avec d'autres intervenants en éducation pour la santé ne sont pas forcément d'accord pour « *travailler obligatoirement avec le CODES* » <ASS>.

Pour ces associations dont l'une des forces est qu'elles travaillent en permanence, quotidiennement, auprès des personnes, la façon d'intervenir du CODES ne correspond pas à ce qu'elles attendent d'un partenaire intervenant dans le cadre des ateliers santé : « *on a l'impression qu'ils viennent faire leur « truc » une journée puis qu'ils s'en vont, sans volonté de faire ensemble les choses* » <ASS>.

Un des interlocuteurs dénonce « *l'antinomie qu'il y a entre une organisation préétablie, fixant un cadre dans lequel on demande aux gens de rentrer et le travail qui est fait en amont* » <ASS>.

Conséquence du « travail obligé » avec le CODES institué par la DDASS, les associations, proches des personnes, disponibles pour recueillir les demandes exprimées par celles-ci, ne sentent pas que leurs compétences sont reconnues ni que leur projet est respecté.

L'une des difficultés majeures à laquelle doivent faire face les associations est qu'elles doivent contribuer à résoudre des problèmes sociaux tout en continuant en gardant un projet associatif autonome, mené à la fois par des bénévoles – qui peuvent être militants, rebelles, charitables, communautaires, solidaires etc – et par des professionnels.

La difficulté est donc de savoir si le développement associatif correspond à une forme de participation citoyenne témoignant d'une solidarité envers les populations en situation précaire ou si cela recouvre plutôt des activités encouragées, financées, orientées, contrôlées par les pouvoirs publics, conséquence d'une sorte de consensus sur le « moins d'État ». Le problème est que les demandes de ce dernier ne laissent le plus souvent pas beaucoup de place au projet associatif lui-même, qui ne peut en aucun cas se résumer à la simple prestation de services.

Les associations énoncent régulièrement leur crainte d'être instrumentalisées par les Pouvoirs Publics.²¹

3.2.2 Le CODES du Gard : des missions imprécises

Le CODES du Gard s'est vu attribué l'ensemble des financements prévus dans le PRAPS pour la mise en place des ateliers santé dans le département.

Cette décision a fait suite à la circulaire ministérielle encourageant les services déconcentrés de l'État à solliciter le réseau des comités départementaux d'éducation pour la santé pour être au centre de la mise en œuvre des ateliers santé parce qu'il est supposé avoir les compétences et le savoir-faire nécessaires à l'animation de groupes autour d'objectifs de promotion de la santé. « *Le réseau des comités d'éducation pour la santé s'appuie d'ailleurs sur les conceptions de la promotion de la santé définies par l'O.M.S, dans la charte d'Ottawa* » <CES>.

Les relations entre les services déconcentrés de l'État, le CRES et le CODES du Gard doivent cependant être éclaircies.

Certains interlocuteurs institutionnels se situent « *plutôt comme des commanditaires agissant avec des opérateurs* » <DAS>.

Il est à noter qu'un « *malentendu* » <DAS> a eu lieu puisque pour les uns le CODES devait systématiquement accompagner tous les ateliers santé alors que pour les autres, cet accompagnement, même s'il était souhaitable, n'était pas impératif; dans ce cas, le CODES devait néanmoins être soutien méthodologique et contribuer à l'évaluation des ateliers santé mais « *il n'a jamais été défini ce que cela signifie vraiment* » <DAS>.

En conséquence, l'action du CODES est décrite comme se limitant à « *donner des idées très générales ou à diffuser des outils (exemple : ses grilles d'évaluation) totalement inadaptés à la réalité du terrain* » <DAS>.

Travailler avec le CODES du Gard de façon systématique n'a donc pas facilité la mise en œuvre des ateliers santé en partie parce que « *des temps de réflexion en commun n'ont pas été organisés* » <CES>. Les interlocuteurs du CODES du Gard et du CRES Languedoc-Roussillon regrettent que la mise en place des ateliers santé n'ait pas été l'occasion de

²¹ BERTHOD-WURMSER M. Produire les solidarités : la part des associations.

Revue : Administration juillet/septembre 1997. N°176, pp.62-64

rencontres entre eux et les porteurs d'actions, de découverte des actions elles-mêmes et déplorent que cela n'aient pas été prévu par les décideurs institutionnels. « *Le temps pour les acteurs de poser clairement les choses, de les analyser n'est pas comptabilisé ; on nous demande d'être d'emblée dans l'action* » <CES>.

Par ailleurs, le CODES du Gard et le CRES estiment qu'ils n'ont pas été considérés comme une réelle force de propositions dans l'élaboration du PRAPS et qu'ils continuent à être perçus « *non pas comme partenaires* » <CES> mais comme prestataires de services.

Des membres du CODES du Gard posent la question du niveau de confiance que la DDASS leur attribue et souhaitent que le CODES soit mis en position de « *conseiller la DDASS alors qu'il se sent instrumentalisé par celle-ci* » <CES>.

Les membres du CODES gardois évoquent une autre difficulté à laquelle ils sont confrontés : en effet, il existe des acteurs autres que le CODES qui interviennent dans le champ de l'éducation pour la santé : les mutuelles, la caisse primaire d'assurance maladie etc. Ce phénomène est repéré comme intéressant « *puisque'il confirme que la promotion de la santé est entrée pleinement dans le champ de la santé publique* » <CES> mais dans le même temps suscite des inquiétudes puisque là encore chacun doit se positionner clairement : « *il nous faut veiller à ne pas devenir rivaux* » <CES>.

Il est de plus en plus difficile de connaître sa place.

Le CODES est désigné parfois comme animateur d'ateliers santé ; dans d'autres cas, il doit intervenir comme conseiller méthodologique ou comme expert en évaluation de ces ateliers. Mais ces deux missions semblent peu réalistes : en effet, il est d'une part impossible d'évaluer un atelier santé dont les objectifs n'ont pas été définis, d'autre part la notion de « conseil en méthodologie » n'a pas non plus été précisée, ce qui a entraîné « *un malaise* » <CES> à la fois du CODES et des associations, qui n'ont pas compris les missions de ce partenaire obligé.

La conséquence de ces dysfonctionnements est qu'à l'heure actuelle, alors que le CODES du Gard s'est vu attribué l'ensemble des subventions prévues dans le PRAPS pour mener les ateliers santé dans le département, aucune nouvelle action n'a débuté ; ses missions dans des ateliers santé déjà en cours ne sont pas comprises. Les conditions d'un réel partenariat entre les associations et le CODES du Gard ne sont donc pas réunies, expliquant que le CODES est en grande difficulté pour travailler avec des associations qui ne comprennent pas sa présence imposée par les Pouvoirs Publics et qu'il s'est retiré de l'atelier santé déjà mené par le Secours Populaire. Celui-ci, qui jusqu'alors menait cette

action sur fonds propres, s'est vu cette année attribué des subventions PRAPS spécifiques pour la poursuivre.

3.3 Les rapports entre État et associations : un difficile partenariat

3.3.1 L'octroi des financements : des choix à expliquer

La volonté des Pouvoirs Publics de prévenir de nouveaux scandales financiers et donc de décider de l'octroi des subventions puis de contrôler l'utilisation qui en est faite est parfaitement comprise des associations. En revanche leur tendance à aider et à financer ces associations à la condition qu'elles agissent selon des normes qu'eux-mêmes ont fixées n'est pas facilement admise.

Plusieurs des interlocuteurs rencontrés pensent que la DDASS aurait dû préciser plus nettement ce qu'elle attendait de l'intervention de chacun. La relation entre le CODES et la DDASS n'est pas comprise par les associations qui demandent pourquoi l'intégralité des financements de 1999 pour les ateliers santé pris en considération dans le cadre du PRAPS a été allouée au seul CODES alors qu'elles-mêmes financent parfois sur fonds propres ces actions.

Cette constatation est pour elles d'autant plus « *agaçante* » <ASS> qu'elles ont l'impression d'une volonté d'appropriation par le CODES des ateliers santé qu'elles mènent ; elles craignent de voir ces actions entièrement « *reprises, institutionnalisées, annexées par le système* » <ASS> et ainsi « *de voir tuée l'innovation* » <ASS> qu'elles apportent aux populations en situation précaire.

Les financeurs d'actions de promotion pour la santé, au premier rang desquels l'État, se trouvent face à différents opérateurs possibles sur un territoire donné ; or, ceux-ci, s'ils contribuent à faire progresser la prise en compte de la promotion de la santé, sont aussi dans l'obligation de faire vivre leur structure.

L'enveloppe budgétaire consacrée à ces actions étant fixe, le risque est grand de voir soit les crédits entre tous atomisés, soit la concurrence entre les intervenants potentiels exacerbée avec risque par exemple de rétention d'informations par les uns ou les autres, soit les relations entre tous dégradées²².

²²CRES de Bretagne, Pays de Loire et Région Centre. CODES 18-22-28-35-37-41-49-56-85.

Dans le cadre de la mise en œuvre des ateliers santé dans le Gard, les associations se sont vu imposer de travailler avec le CODES sans qu'aucune concertation préalable n'ait été organisée et alors que les méthodes de ce dernier ne sont pas perçues comme les plus adaptées au travail mené par les associations. La DDASS elle-même a parfois partagé cette impression.

Cela a singulièrement compliqué la relation entre ces associations inventives, novatrices et le CODES dont l'adhésion à la charte des comités français d'éducation à la santé n'a pas été ressentie comme « *élément suffisant pour justifier sa présence* » <DAS> au sein d'un atelier santé déjà en place et engagé dans une démarche communautaire.

Les intervenants dans ces derniers regrettent « *qu'une communauté de préoccupation n'ait pas été définie* » <ASS>.

3.3.2 Au sein d'actions communes : la difficulté d'un travail partenarial

Dans le département du Gard, le choix pour les ateliers santé est de privilégier ceux s'inscrivant dans une démarche communautaire, portés par des associations auprès de groupes de personnes en situation précaire.

La difficulté est que le travail des membres des services déconcentrés de l'État, du CODES et des associations ne s'inscrit pas dans une relation de confiance réciproque et qu'il n'existe pas un réel esprit de partenariat.

Les intervenants s'entendent tous pour déplorer l'absence de définition commune d'objectifs, le manque de visibilité des actions menées ainsi que « *le manque de langage commun* » <DAS>. Tous insistent sur « *le manque d'osmose à l'intérieur du trio : État, CODES, associations* » <DAS>.

Si le développement d'une véritable relation partenariale est jugé potentiellement intéressant par l'ensemble des personnes rencontrées, il est bien précisé que « *cela ne doit pas se limiter à des relations privilégiées s'instaurant entre quelques personnes qui se connaissent* » <DAS>.

L'éducation pour la santé et précarité ; contribution à l'évaluation des pratiques dans le cadre des PRAPS. Année 2000. pp.32-42

En effet, le fonctionnement actuel est plutôt décrit comme « *vertical* » <ASS> : la décision de développer les ateliers santé et celle de faire travailler ensemble les associations et le CODES ont été prises « *en haut* » <ASS>.

L'un des interlocuteurs associatifs définit la situation actuelle en disant que « *le système se dédouane en donnant de l'argent mais dans le même temps reste très suspicieux quant aux compétences des membres associatifs* » <ASS>. Il est noté que « *l'administration décide puis exige que l'action soit mise en place aussitôt les financements donnés* » <CES> et que « *les capacités des partenaires* » <CES> ne sont le plus souvent pas reconnues.

Les Pouvoirs Publics ont tendance à aider les associations dans les domaines qu'eux-mêmes ont fixés alors que les associations ont chacune leur spécificité ; il ne faut pas les confiner dans un rôle d'urgence ou « *vouloir qu'elles entrent dans des cases que les institutions veulent voir remplies* » <ASS>.

Les responsables associatifs regrettent que la loi d'orientation contre les exclusions se heurte « *à la rigidité des comportements, au ronron des choses* » <ASS>.

Les associations ne veulent pas devenir de simples instruments de la mise en œuvre des politiques publiques. Elles rappellent que le principe de solidarité dans les associations est « *d'application libre et volontaire* » <ASS> et qu'il est nécessaire de respecter pour chaque association ses objectifs et les moyens qu'elle se donne pour les réaliser ; « *il est important de rappeler que le vécu de gens volontaires fait la richesse du monde associatif* » <ASS>.

Un interlocuteur associatif pense néanmoins que la loi d'orientation contre les exclusions a permis une évolution des rapports entre les associations et l'État mais que néanmoins « *si nous sommes partenaires, nous ne sommes pas coéquipiers* » <ASS> ; il est demandé aux Pouvoirs Publics d'avoir une meilleure connaissance du monde associatif ; « *ils devraient venir sur le terrain* » <ASS>. Cela ne serait pas perçu par les associations comme un contrôle mais plutôt comme une façon nouvelle de construire la relation avec les institutions et ainsi peut-être d'éviter que « *les associations de terrain soient pénalisées par le système* » <ASS>.

Les associations ont besoin qu'une pensée politique claire se dégage localement et qu'elle soit transmise. Le rôle des comités de pilotage est souvent évoqué : ceux-ci n'assurent que peu leur fonction de lieu de réflexion de l'ensemble des partenaires, où sont posés les problèmes, où sont réfléchies les actions menées ainsi que leurs éventuelles réorientations.

Au regard de la diversité des partenaires qui interviennent, la nécessité que les projets d'action se fassent non pas de manière isolée mais en concertation et en coordination est admise de tous.²³ Lors de la construction du partenariat, les difficultés provenant de priorités et de méthodes de travail différentes selon l'appartenance institutionnelle, professionnelle ou associative des intervenants doivent être réfléchies.

Une meilleure connaissance des partenaires est indispensable pour construire des stratégies d'intervention dans un esprit de reconnaissance mutuelle, permettant à chacun de garder ses valeurs, ses méthodes tout en s'adaptant aux exigences des autres structures, des autres personnes.

4 - LA MISE EN PLACE DES ATELIERS SANTE DANS LE GARD : UN RENFORCEMENT SOUHAITABLE DU ROLE DE L'ETAT

Les ateliers santé, inscrits dans une démarche de promotion de la santé, peuvent contribuer à la lutte contre les exclusions en permettant à des personnes précarisées de valoriser leurs potentialités, retrouver la confiance en elles-mêmes nécessaire pour trouver des réponses adaptées aux difficultés qu'elles rencontrent.

Leur mise en place est donc un objectif prioritaire pour les membres des services déconcentrés de l'État en charge du PRAPS, parmi lesquels le médecin inspecteur de santé publique ; en effet, il a entre autres missions celles de participer à l'observation, à la surveillance, aux interventions relatives à l'état de santé de la population, d'élaborer la programmation d'actions spécifiques pour des populations cibles, parmi lesquelles la population en situation précaire, d'évaluer les politiques de santé.

Acteur dynamique du système de santé, il est aussi à travers ses activités responsable des relations existant entre les services déconcentrés de l'État et les associations, considérées

²³ CRES de Bretagne, Pays de Loire et Région Centre. CODES 18-22-28-35-37-41-49-56-85.

L'éducation pour la santé et précarité ; contribution à l'évaluation des pratiques dans le cadre des PRAPS. Année 2000. pp.32-42

comme « éclaireurs indispensables » de la politique de santé publique laquelle ne peut ensuite atteindre ses objectifs que relayée par elles²⁴.

Les propositions suivantes visent à préciser les fonctions que les membres des services déconcentrés de l'État peuvent être amenés à privilégier afin de favoriser la mise en place des ateliers santé.

4.1 Harmoniser les relations entre les services déconcentrés

Travailler auprès des personnes en situation précaire nécessite de développer une approche globale de ces populations, qui connaissent des difficultés multiples.

Il est donc nécessaire de développer une politique à laquelle doivent être associés tous les partenaires institutionnels concernés et qui permette de mettre en place des actions élaborées en prenant en compte l'ensemble des secteurs impliqués : emploi, formation, approche préventive de la santé, approche curative de la santé, social..

Les DDASS et les DRASS devraient être les coordonnateurs de cette dynamique.

Leur propre mode d'intervention se doit donc d'être concerté et mieux coordonné, d'autant que les politiques se développent tant à l'échelon régional qu'à l'échelon départemental.

Il est donc important :

- de bien définir préalablement les rôles respectifs des DDASS et de la DRASS et de trouver des complémentarités entre les deux échelons, régional et départemental. de définir des orientations régionales, respectant le rôle opérationnel des DDASS ;
- Ces dernières ont de bonnes connaissances des dossiers et du terrain : des particularités départementales peuvent ainsi être mises en avant, mais des objectifs communs interdépartementaux et régionaux peuvent également être affichés. Ceci est d'autant plus vrai que les objectifs régionaux du PRAPS sont issus de la synthèse des propositions départementales.

²⁴ CHEROUTRE M.T. Exercices et développement de la vie associative dans le cadre de la loi du 1^{er} juillet 1901. *Journal officiel de la République Française - Avis et Rapports du Conseil économique et social*. Jeudi 1^{er} avril 1993

Le diagnostic départemental en santé précarité est une démarche indispensable pour bien identifier les besoins de la population.

« [II] permet de ne pas suivre aveuglément les circulaires nationales mais d'affiner les réponses localement »²⁵.

Il définit plus précisément l'importance et les caractéristiques des populations en situation précaire, la nature et l'importance de l'offre locale de santé, les initiatives, les situations de santé non résolues...

A partir de ce diagnostic, il est plus facile de définir des objectifs départementaux et d'impulser des actions, s'inscrivant dans des axes prioritaires sur lesquels on doit agir, en vérifiant l'opportunité d'autres actions déjà en cours, en les réorientant si nécessaire.

Cela suppose un nouveau type de responsabilités au sein des DDASS et un changement de leur mode de travail : leurs fonctions d'animation du partenariat, d'interpellation des institutions en sont renforcées.

Il est à noter par ailleurs qu'une telle démarche favorisée par la rencontre directe améliore la connaissance mutuelle entre la DDASS et les professionnels de terrain : il s'agit d'une condition indispensable à une bonne connaissance de la situation et des besoins.

La DDASS connaît déjà un certain nombre de partenaires qu'elle peut solliciter pour des actions ou en appeler à des nouveaux.

Le choix des partenaires est fonction des priorités choisies et des capacités qu'ils ont à y répondre.

Dans le cadre particulier de la mise en place des ateliers santé, il semble capital que les deux échelons de services déconcentrés dans le Languedoc-Roussillon approfondissent en commun la réflexion sur ce qu'ils attendent de cette action.

En effet, ce n'est qu'après cette étape, qu'une commande cohérente et précise aux partenaires pourra être faite.

Les étapes proposées sont les suivantes :

- les responsables départementaux du PRAPS font un bilan de ce qui existe déjà dans leur département. Il paraît important qu'ils rencontrent les différents partenaires qui déjà mènent des actions pouvant entrer dans le cadre des ateliers santé – là où elles

²⁵ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *La santé publique à l'épreuve du terrain – guide pratique en santé précaire*. Décembre 1997

ont déjà été mises en place - les écrits n'étant pas forcément suffisants pour rendre compte de la réalité de l'action ;

- dans l'échange avec ceux-ci, sur le terrain de l'action, une prise de conscience, une remise en question, « un simple changement de regard » peuvent se produire, à l'origine peut-être d'une évolution dans la manière de se situer et d'agir en direction des personnes en situation précaire ;
- le terme « atelier santé » étant ainsi précisé dans différentes acceptions, les responsables du PRAPS peuvent retenir en fonction des populations concernées et des priorités départementales, les actions qu'ils souhaitent promouvoir afin de tendre vers la réalisation des objectifs du PRAPS ;
- la DRASS, dont le rôle est d'animer et coordonner le dispositif sur le plan régional au niveau de la programmation, du suivi et de l'évaluation des actions, réunit alors les différents responsables départementaux des PRAPS au sein des DDASS ; ils définissent alors des objectifs communs aux ateliers santé, issus d'une réflexion menée ensemble sur le sens à donner à ces actions.

Il est nécessaire que les responsables des services déconcentrés de DRASS et de DDASS élaborent ainsi une politique commune claire leur permettant de tenir un discours cohérent à leurs interlocuteurs :

- si, dès cette étape, l'intervention d'un partenaire autre, tel que le réseau français d'éducation pour la santé ou tout autre intervenant en matière de promotion de la santé, est souhaitée, la proposition qui lui sera faite pourra être discutée dans le cadre d'un échange véritable ;
- il est alors possible de retenir les actions susceptibles d'être financées et de les proposer au CTRI pour décision. Une fois celle-ci prise, la DRASS engage le financement ;
- la DRASS continue ensuite à réunir les DDASS pour des échanges sur la réalisation des ateliers santé.

Les décideurs ont donc un rôle déterminant à jouer pour impulser et soutenir des pratiques nouvelles qui favorisent l'émergence de solutions issues du vécu quotidien des personnes, de leurs atouts et de leurs compétences.

Les cadres des institutions tiennent une place charnière dans le développement de nouveaux modes d'intervention : ils peuvent jouer un rôle important dans la définition de nouvelles approches professionnelles visant à trouver une réponse aux expressions de la misère et de la détresse sociale, « qui ne peuvent être maîtrisées en faisant appel aux formules précédemment rodées »²⁶.

Ils doivent également alerter les décideurs sur les situations rencontrées et les sensibiliser à cet enjeu essentiel de développer de nouveaux modes d'intervention.

4.2 Préciser les définitions possibles de l'atelier santé

L'un des objectifs du PRAPS Languedoc-Roussillon est de « développer des actions collectives d'éducation à la santé et à la citoyenneté (ateliers santé avec démarches participative des personnes, actions de santé communautaire..) ».

Cet objectif, admis tel quel par tous les intervenants sur les ateliers santé, entraîne quelques réflexions.

En effet, il existe des approches multiples de l'éducation pour la santé parmi lesquelles peuvent être retenues :

- approche persuasive, volontariste visant la modification systématique et planifiée des comportements de l'individu et du groupe ;
- approche centrée sur « l'optimisation des conditions de décision de l'individu », particulier sur l'information, pour favoriser une décision responsable et les conditions d'adoption de comportement via la prise de conscience de ce qui est bon pour soi ;

²⁶ MISSION RECHERCHE DU MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE.

Produire les solidarités – la part des associations. Juillet 1997

- approche visant la motivation et la participation pour entraîner un changement de comportement²⁷.

D'une manière plus générale, il est possible d'inscrire l'éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé, telle que définie par la charte d'Ottawa : l'intervention en promotion de la santé comprend de renforcer l'action communautaire en développant la participation des populations à la définition des priorités, à la prise des décisions et à la réalisation des actions²⁸ et de favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles et sociales.

Ce faisant, « elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci ».

Dans le champ de la précarité, l'éducation pour la santé peut être considérée par certains comme le moyen de « redonner à un sujet les conditions de sa santé » et de l'aider « à être bien dans l'environnement qui est à l'origine de son mal être »²⁹.

Pour d'autres, elle peut aussi être le moyen de permettre l'existence d'espaces de liberté d'expression pour des personnes ne se sentant plus autorisées à une quelconque expression hors du champ familial.

Elle peut être l'occasion essentielle pour les personnes en situation précaire de discuter de leur réalité, d'analyser leurs conditions de vie, de rechercher les solutions possibles, favorisant ainsi leur participation effective à la vie de la société³⁰.

Travailler en éducation pour la santé nécessite donc une réflexion préalable des intervenants sur le sens qu'ils donnent à leur action en se rappelant « que la promotion de la santé ne se réduit jamais à une seule expertise technique »³¹.

Selon le sens que chaque intervenant donne à sa propre action et la population avec laquelle il travaille, les ateliers santé peuvent donc avoir des objectifs différents les uns des autres.

²⁷ BURY J. *Éducation pour la santé – concepts, enjeux, planifications*. Savoirs et Santé. Bruxelles : De Boeck Université, 1988, pp.103-9

²⁸ CHERBONNIER A. Ethique et promotion de la santé – a view from Belgium. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.43-44

²⁹ BERTOLOTTI F. L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale ». *Actualité et dossier en santé publique*. Septembre 1996. N°16, pp.29-31

³⁰ FREIRE P. Lettres à une jeune nation. *Le Courrier de l'UNESCO*. Juin 1980. pp. 27-30

³¹ VALETTE J.F. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.9-10

Il est illusoire d'imaginer une définition unique et consensuelle d'un atelier santé et donc d'en proposer un modèle unique, systématiquement reproductible.

Néanmoins, les échanges réalisés dans le Gard et la région Languedoc-Roussillon avec différents porteurs de projets et avec des personnes participant aux ateliers santé permettent de proposer certains éléments favorisant une mise en place d'atelier santé auprès de personnes en situation précaire, reconnu comme bénéfique par les personnes elles-mêmes :

- l'atelier santé est une réponse à un besoin exprimé par le groupe de personnes lui-même ;
- il se développe donc d'autant mieux que lui préexiste une dynamique de groupe ;
- les personnes s'approprient d'autant plus le « projet atelier santé » qu'elles en sont les instigatrices, participent à chaque étape de sa réalisation puis de son évaluation ;
- le rôle d'un animateur présent auprès du groupe, attentif à celui-ci, est prépondérant, puisqu'il est la personne qui entend la demande et accompagne le groupe dans la recherche de solution et donc, si le choix de l'atelier santé est retenu, dans sa mise en place ;
- il est important d'entendre qu'à l'intérieur même d'un groupe constitué, les personnes - principales concernées - ne souhaitent pas toujours participer d'un bout à l'autre de l'action ; la « recherche de la participation » ne doit pas être l'émanation du seul souhait de l'animateur ;
- toute intervention dans le cadre d'un atelier santé est à concevoir dans l'échange avec les autres, la rencontre de valeurs, de croyances, de connaissances et d'expériences et laisser un espace pour les doutes, les interrogations³² ;
- les intervenants au sein des ateliers santé doivent donc sans cesse s'interroger sur le sens de leur présence, dans un dialogue permanent avec les personnes et ainsi être capables d'adapter leurs pratiques.

³² DESCHAMPS J-P. Ethique et éducation pour la santé – plus qu'un enjeu : un objectif. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.4-5

Il semble donc au vu de ces éléments que les ateliers santé soient plutôt à inscrire dans une démarche de santé communautaire, visant à redonner à des personnes en situation précaire l'aptitude de parler, en particulier de leur santé, dans un dialogue horizontal fondé sur le respect réciproque et pouvant leur permettre d'analyser les éléments à l'origine de leurs difficultés, les choix qu'elles peuvent faire, les décisions qu'elles peuvent prendre.

Ainsi, dans ce cadre d'atelier santé, « aucune méthodologie, comprise comme étant une séquence logique de procédures, de normes, de techniques, appliquée d'une façon stricte, ne produira les résultats attendus »³³.

4.3 Définir les conditions du partenariat

Dans le cadre des ateliers santé, il a été décidé dans le Languedoc-Roussillon de déléguer aux seuls CRES et CODES une masse budgétaire fixe correspondant à l'ensemble des ateliers santé à mener dans le cadre du PRAPS.

Le CRES et les CODES du Gard sont donc les prestataires sollicités car ses membres bénéficient de certaines références, d'une certaine reconnaissance en matière d'éducation pour la santé tandis que les associations engagées sur le terrain n'offrent a priori pas la même expérience, les mêmes garanties pour les services déconcentrés de l'État.

L'institutionnalisation et la professionnalisation de l'éducation pour la santé ont donc été renforcées avec pour conséquence immédiate le sentiment pour un certain nombre d'associations d'être exclues de ce domaine alors qu'elles accompagnent quotidiennement les personnes en situation précaire et sont en première ligne pour entendre ou faire émerger leur demande³⁴.

Certaines propositions peuvent être faites visant à instituer un véritable partenariat permettant que les actions soient menées en concertation et coordination :

- le choix des associations par les services déconcentrés ne peut se faire qu'à partir d'une connaissance très précise de celles-ci, de leur sensibilité propre et de leur

³³ MACHADO V-L. La Santé communautaire – concepts, actions, formation. *Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance. 1990, pp. 115-7

³⁴ CHERBONNIER A. Ethique et promotion de la santé – a view from Belgium. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.43-44

aptitude pressentie à travailler à la réalisation des objectifs du PRAPS clairement déterminés ;

- dans le cadre de la mise en œuvre des ateliers santé, il semble important de respecter certaines initiatives associatives : un partenariat peut être proposé mais ne peut en aucun cas être imposé ;
- si les Pouvoirs Publics souhaitent s'appuyer sur le réseau français d'éducation pour la santé pour la mise en œuvre des ateliers santé, il est nécessaire que les membres de ce réseau et les associations construisent ensemble leur partenariat, en précisant en priorité l'objectif et le sens communs qu'ils donnent à l'action ;
- il semble important que les membres du réseau français d'éducation pour la santé proposent des formes d'intervention adaptées à la réalité du terrain ; la « mise en mouvement » des personnes en situation de précarité pour qu'elles puissent s'inscrire dans l'environnement social ne peut en effet être atteinte que si une synergie des acteurs se développe autour d'elles et avec elles.

D'une façon plus générale, il est utile de rappeler que l'inscription d'un projet dans une réalité bien identifiée, après une étude des besoins faite non pas sur des données trop générales mais au plus près des personnes elles-mêmes, donnent une crédibilité et une légitimité au projet favorisant la mobilisation des acteurs.

Formaliser les préalables du projet puis le projet lui-même en écrivant non seulement ses objectifs mais aussi les valeurs auxquelles se réfèrent tous les partenaires concernés permet de fixer un cadre reprenant les éléments incontournables pour mener l'action ainsi que ceux définissant l'intervention de chacun.

La DDASS a un rôle prépondérant à jouer ; il est en effet de sa responsabilité de :

- cibler l'objet de l'action à partir d'un problème bien cerné ;
- mobiliser les partenaires potentiels en tenant compte des valeurs qu'ils défendent et de leurs pratiques ;
- rappeler le cadre juridique dans lequel s'inscrit le projet : le PRAPS ;

- faire en sorte que le rôle de chaque partenaire soit défini ;
- développer la négociation entre partenaires pour leur permettre s'ils le souhaitent de présenter des projets de plus grande envergure, pour lesquels ils auraient davantage de moyens et dans lesquels ils interviendraient en parité et complémentarité³⁵.

Un véritable partenariat sera construit lorsque non seulement des actions mobilisant divers intervenants seront mises en œuvre mais surtout lorsque ces derniers auront pu développer une véritable culture commune, partager les mêmes valeurs.

4.4 Contribuer à l'évaluation des actions

Il est nécessaire de rappeler qu'une évaluation tant des résultats de l'action que de la manière dont elle s'est déroulée sera d'autant plus facile que les objectifs auront été clairement définis.

L'évaluation ne peut être une simple mesure.

Dans le cadre des ateliers santé, les demandes institutionnelles à visée productive de résultats mesurables sont difficilement compatibles avec une dynamique de type communautaire³⁶.

L'évaluation doit permettre aux services de l'État qui ont fixé les objectifs régionaux prioritaires et ont financé les actions ainsi qu'aux associations de vérifier la pertinence de l'action menée afin de la poursuivre ou de l'orienter.

Certaines orientations peuvent donc être données :

- les partenaires associatifs et institutionnels doivent ensemble choisir les indicateurs d'évaluation de l'action de la même façon qu'ils doivent s'entendre sur un objectif clair ;

³⁵ CRES de Bretagne, Pays de Loire et Région Centre. CODES 18-22-28-35-37-41-49-56-85.

L'éducation pour la santé et précarité ; contribution à l'évaluation des pratiques dans le cadre des PRAPS. Année 2000. pp.33-35

³⁶ VERGNES A. MOUSSELIN M. *La Santé de l'homme.* Janvier-Février 2000. N°345, pp. 27-29

- dans le cadre d'un atelier santé à dynamique communautaire, il est intéressant que la population soit associée à la mise en place de l'évaluation et à la réflexion qui découle de ses résultats ;
- il est nécessaire que les populations concernées soient informées des résultats de l'évaluation ;
- dans ce type d'atelier, les indicateurs de type quantitatif (nombre de personnes présentes, nombre de réunions, nombre de connaissances acquises etc) ne semblent pas être les plus adéquats ; il paraît plus pertinent de mettre en place des indicateurs de type qualitatif tels que l'usage recouvré de la parole, la revalorisation énoncée de sa propre image etc. L'évaluation d'un atelier santé à dynamique communautaire ne peut se situer dans l'urgence car elle s'inscrit dans un processus visant à redonner à la personne la capacité d'exprimer ses propres compétences ;
- il serait intéressant qu'une évaluation à distance permette de mesurer comment l'atelier santé a pu s'inscrire dans une démarche globale de la personne.

Il est important que les uns et les autres puissent construire ensemble leur évaluation et définissent ainsi ensemble ce qu'ils veulent mesurer.

5 - ETAT ET ASSOCIATIONS : LA NECESSITE DE CONSTRUIRE UNE NOUVELLE RELATION

5.1 Reconnaître la légitimité de chacun

Les difficultés rencontrées dans la mise en place des ateliers santé dans le Gard sont le reflet du questionnement actuel des associations et des Pouvoirs Publics en cette année de célébration du centenaire de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

Nées en principe d'initiatives privées, les associations semblent tenir réellement leur importance de leur rôle dans la vie publique. « Elles ne paraissent devoir gagner la plénitude de leur existence qu'en tant qu'interlocuteurs de la puissance publique »³⁷.

Dans le même temps, si elles veulent survivre pour pouvoir poursuivre leur projet, les associations n'ont pas toujours la possibilité de faire autrement que de se soumettre : elles se conforment souvent par nécessité de sécurité financière aux évolutions des politiques publiques, à la logique des dispositifs, au détriment de leur propre originalité et de leur vitalité.

Cette ambiguïté est dénoncée par certains : l'association agréée, subventionnée, participant, à la demande de l'administration, aux organes consultatifs dont celle-ci s'entoure, risque de perdre son autonomie, voire même son identité.

La démocratie associative, le bénévolat peuvent alors se trouver « subordonnés à la logique technocratique et budgétaire ».

Or, la notion de « liberté d'association » recouvre la capacité des citoyens à agir et à s'organiser selon leur volonté, hors du contrôle des Pouvoirs Publics; elle est célébrée comme « l'expression majeure de contre-pouvoirs, le lieu de l'initiative et de la créativité sociales, le moyen d'une démocratie participative et d'une citoyenneté « de terrain » »³⁸.

Il est donc important de reconnaître que « c'est l'existence associative même qui constitue en tant que phénomène collectif une valeur de société » : il faut considérer l'importance des interventions des associations dans le champ de l'intérêt général, le caractère innovant de

³⁷ *Vie associative, transparence et relations avec les Pouvoirs Publics. Assises nationales de la vie associative. Février 1999. Disponible sur Internet : <http://www.vie-associative.gouv.fr>*

³⁸ LEBLANC Y. L'association de la loi de 1901 : personne privée, acteur public. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 28-31

leurs actions, le nombre important de bénévoles et salariés mobilisés. Elles sont l'expression d'une solidarité volontaire, « en complément à la solidarité obligatoire »³⁹.

Dans le même temps, l'association, pour participer à la construction d'une société plus juste, plus solidaire, se doit d'être un espace de participation de qualité, un lieu de brassage social, « où le dialogue et l'échange doivent s'ajouter au seul partage des valeurs. Il en va de la capacité de l'association à générer une véritable fécondité citoyenne ».

Mais, si le monde associatif joue pleinement son rôle en installant le débat, il lui faut renoncer à revendiquer « l'exclusivité de la compétence en matière de vigie sanitaire et sociale », à stigmatiser parfois les décideurs institutionnels pour désormais rechercher avec eux les voies les plus appropriées « afin d'optimiser les relations entre deux types d'acteurs dont l'action conjuguée est un gage de qualité dans la prise en compte de l'intérêt général et pour générer une démocratie vivante »⁴⁰.

Le rôle de l'État est alors de travailler à garantir la spécificité de la dynamique associative à l'origine d'initiatives, de créativité et d'engagements au service de la collectivité.

5.2 Situer la relation entre l'État et les associations en regard de la décentralisation

Depuis les années quatre-vingt, la crise de l'État providence, déjà évoquée, se double d'une recomposition de l'organisation de l'État et de la distribution politique et territoriale de ses compétences. En effet, conséquence de la décentralisation, les collectivités territoriales s'emparent de compétences nouvelles. On assiste « au développement d'un appareil politico-administratif local qui régent le territoire » ; les collectivités territoriales reproduisent à leur échelle la tradition dominante du pouvoir en France, qui n'admet pas facilement une autre légitimité que la sienne, celle des citoyens qui s'organisent pour prendre en charge leurs intérêts ou certains aspects de l'intérêt général⁴¹.

³⁹ CHEROUTRE M.T. Exercices et développement de la vie associative dans le cadre de la loi du 1^{er} juillet 1901. *Journal officiel de la République Française - Avis et Rapports du Conseil économique et social*. Jeudi 1^{er} avril 1993

⁴⁰ ARNOULT-BRILL E. Faut-il réformer la loi de 1901 ? : une liberté publique à réaffirmer. *Actualités sociales hebdomadaires*. Décembre 2000. N°2191, pp.25-26

⁴¹ MENGIN J. Les associations dans la décentralisation. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 138-41

Les associations sont donc amenées à se situer « dans des rapports de force qu'il leur faut décrypter » et réviser leur positionnement et les formes de soutien à leur projet.

Du fait de la décentralisation, elles sont devenues plus dépendantes des pouvoirs politiques locaux⁴² et se retrouvent avec une marge de manœuvre plus étroite du fait de la proximité des commanditaires et financeurs publics qui ont souvent tendance à exiger des résultats visibles dans des délais courts ou hésitent à soutenir des actions innovantes, en raison notamment d'impératifs électoraux.

Dans ce contexte, les associations, qui ont tendance à se rapprocher des collectivités territoriales, sources nouvelles de subventions, redoutent les tentations d'instrumentalisation à des fins partisans de celles-ci.

L'État représente alors un contre-poids fort et neutre aux yeux des associations, susceptible d'accompagner leur développement en faisant respecter par tous les acteurs, tous les intervenants dans le secteur sanitaire et social, les règles du jeu visant à protéger l'esprit associatif⁴³.

5.3 Déterminer les conditions de financement

Des compétences de plus en plus grandes sont à l'heure actuelle demandées aux associations pour accomplir les tâches qui leur sont confiées par les Pouvoirs Publics ; cela les entraîne souvent à professionnaliser leurs intervenants : du personnel spécialisé est embauché remplaçant peu à peu les bénévoles.

De la même façon, la multiplicité des pourvoyeurs de financements exige un savoir-faire et un investissement en temps importants qui favorisent les structures disposant de professionnels salariés ou qui professionnalisent les associations au détriment des bénévoles, militants, et adhérents qui voient une part de leur compétence leur échapper.

Ces évolutions s'accompagnent d'une augmentation des subventions requises.

⁴² MENARD F. Transformation de l'État et recomposition de la vie associative : quelques éléments d'analyse. *Mission recherche du ministère de l'emploi et de la solidarité : Produire les solidarités – la part des associations*. Juillet 1997

⁴³ FONTANA A, LEMOINE J-P, TAILLANTER S. Associations : quelle place pour l'État ? *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 110-13

En France, à l'exception de quelques grosses associations humanitaires qui disposent aussi de fonds privés, les aides financières tant de l'État que des collectivités territoriales occupent une part importante des ressources des associations.

L'État, qui octroie donc d'importants fonds publics aux associations, a aussi pour rôle de contrôler l'usage qu'elles en font.

Il est par ailleurs important de noter que le développement du secteur associatif dépend aussi de son image auprès du public et du soutien financier de ce dernier (on estime à 22 millions le nombre de donateurs privés); or, les erreurs ou les fautes de quelques associations à l'égard desquelles l'État n'a pas fait preuve de suffisamment de vigilance affectent le crédit moral de toute la démarche associative.

Les Pouvoirs Publics se doivent donc d'être garants de l'utilisation la plus pertinente des fonds publics⁴⁴ non pas dans une logique de tutelle ou de main-mise sur le secteur associatif, mais seulement dans une perspective de soutien et de protection active des associations. Celles-ci, pour les mêmes raisons, doivent offrir des garanties de transparence financière.

5.4 Contractualiser la relation entre l'État et les associations

Une fois admis ces différents éléments par les représentants institutionnels comme par ceux des associations, la construction d'un véritable partenariat peut s'envisager⁴⁵.

Ce dernier pourra s'exprimer sous la forme d'une contractualisation entre les deux parties avec élaboration de conventions claires et constructives comportant des engagements explicites, situées dans la durée, respectueuses « des identités et des autonomies des uns autant que des prérogatives des autres », sanctionnables et évolutives⁴⁶.

⁴⁴ FONTANA A, LEMOINE J-P, TAILLANTER S. Associations : quelle place pour l'État ? *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 110-13

⁴⁵ BLOCH-LAINE J-M. Faut-il réformer la loi de 1901?: aborder la question de façon pragmatique. *Actualités sociales hebdomadaires*. Décembre 2000. N°2191, pp.23

⁴⁶ BLOCH-LAINE J-M. Faut-il réformer la loi de 1901?: aborder la question de façon pragmatique. *Actualités sociales hebdomadaires*. Décembre 2000. N°2191, pp.23

Elles préciseront :

- l'objectif de l'action financée, prenant en compte à la fois la logique publique et le projet associatif ;
- la réciprocité des engagements ;
- l'évaluation des résultats ;
- les modalités de contrôle.

Ces conventions, élaborées sous forme pluriannuelle, permettraient aux associations, alors dégagées de la nécessité chaque année de chercher la reconduction de leurs subventions ou l'octroi de nouveaux financements, de se consacrer davantage à la réalisation de leur projet .

L'élaboration de telles conventions permettrait aussi d'affirmer une volonté politique forte : celle de « favoriser l'expression de la citoyenneté » par le biais de la vie associative tout en instaurant une réelle politique contractuelle négociée⁴⁷.

6 - CONCLUSION

La précarisation entraîne pour les personnes qui en sont victimes de profonds bouleversements à l'origine de véritables dynamiques de régression sur les plans social, politique et culturel.

Dans le champ de la santé, ces difficultés trouvent une expression particulière conséquence d'un cumul de problèmes mal ou non résolus, souvent aggravés par leur situation sociale et à l'origine de conduites dites « à risque » ainsi que de fréquents tableaux de décompensation psychologique. La santé semble désinvestie, privant, comme cela est énoncé dans la charte d'Ottawa, les personnes d'une ressource majeure pour leur développement social, économique et individuel ainsi que d'une importante dimension de leur qualité de vie.

En France, l'ampleur du risque sanitaire lié à la précarité est telle que les Pouvoirs Publics et les institutions de prise en charge du risque sanitaire et social ont dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions décidé de la mise en place dans chaque région d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation précaire (PRAPS).

⁴⁷ *Vie associative, transparence et relations avec les Pouvoirs Publics*. Assises nationales de la vie associative. Février 1999. Disponible sur Internet : <http://www.vie-associative.gouv.fr>

L'objectif de chacun de ces programmes est, après réalisation d'une analyse régionale des besoins, de définir les conditions de mobilisation de tous les acteurs concernés par les personnes précarisées ainsi que la coordination des actions de prévention et de soins à mettre en œuvre.

Dans le Languedoc-Roussillon et particulièrement dans le Gard, département dont la population est particulièrement exposée au risque de précarisation, l'accent est mis sur le développement d'ateliers santé comme priorité du volet prévention du PRAPS.

Leur mise en œuvre requiert l'implication de partenaires associatifs ainsi que du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé ; elle se heurte à un certain nombre de difficultés.

L'analyse de ces dernières permet d'affirmer qu'un renforcement du rôle des membres des services déconcentrés de l'État en charge du dossier PRAPS est souhaitable pour atteindre les objectifs fixés à ce programme.

En effet, ceux-ci, animateurs du partenariat, ont le rôle déterminant d'impulser et soutenir les pratiques nouvelles : ainsi, les modes d'intervention issus du vécu des personnes en situation précaire et de l'expérience de celles qui travaillent au sein d'associations, quotidiennement, avec elles, permettent d'inciter à la mise en œuvre, dans une dynamique communautaire, des ateliers santé.

Cela doit s'accompagner d'une réflexion permettant de définir puis énoncer précisément les objectifs des actions encouragées ainsi que leur évaluation.

L'analyse de la mise en place des ateliers santé dans le département du Gard montre la nécessité de développer une relation partenariale entre l'État et les associations.

Celles-ci, qui mènent leurs actions au plus proche des personnes en détresse, construisent leur projet, en répondant, parfois dans l'urgence, à des besoins remplis ni par le secteur public ni par le secteur privé, en contribuant à tisser le lien social, en alertant les institutions lorsqu'elles détectent de nouvelles formes d'exclusion. Les Pouvoirs Publics leur reconnaissent d'ailleurs ces capacités : si l'État assume la responsabilité de l'action publique dans le champs sanitaire et social, les associations y jouent un rôle indispensable.

Dès lors, il est essentiel que les représentants de l'État et ceux des associations, conscients que chacun d'entre eux ne dispose pas du monopole de la défense de l'intérêt collectif, posent les conditions d'un véritable partenariat, permettant dans le respect de l'identité de chacun, d'agir ensemble en vue de la réalisation d'un objectif commun.

L'État doit jouer son rôle d'accompagnateur du développement associatif et de garant du respect des règles du jeu par tous les acteurs. Ce qui rend les associations vulnérables, « ce n'est pas la perspective d'un retour de l'État mais bien sa trop grande absence »⁴⁸.

⁴⁸ MENGIN J. Les associations dans la décentralisation. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 138-41

BIBLIOGRAPHIE

Lois et décrets

Loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

Décret du 16 août 1901 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

Textes officiels et rapports

Circulaire DGS/DAGPB/DAS N°98/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Circulaire DGS/SP2 N°2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire

CHEROUTRE M.T. Exercices et développement de la vie associative dans le cadre de la loi du 1^{er} juillet 1901. *Journal officiel de la République Française - Avis et Rapports du Conseil économique et social*. Jeudi 1^{er} avril 1993

DESIR H. Situations et devenir des associations à but humanitaire. *Journal officiel de la République Française – Avis et Rapports du Conseil économique et social*. Jeudi 26 avril 1994

DRASS Languedoc-Roussillon. *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des populations précaires. Bilan de l'existant*. Septembre 1999

DRASS Languedoc-Roussillon. *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des populations précaires*. Février 2000

Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France 1994-1998*. La documentation française. 1998.

Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Éditions ENSP. 1998.

Rapport de la commission « État, administration et services publics de l'an 2000 ». *Pour un État stratège, garant de l'intérêt général*. La documentation française. 1993.

Articles et ouvrages

ARCHAMBAULT E. *Le secteur sans but lucratif - associations et fondations en France - Economica*. 1996

ARNOUT-BRILL E. Faut-il réformer la loi de 1901 ? : une liberté publique à réaffirmer. *Actualités sociales hebdomadaires*. Décembre 2000. N°2191, pp.25-26

ARRCO- Extraits de documentation. Le cumul salaires/allocations représente-t-il une voie d'avenir ? Juin 2000. N°2000-12, p.15

BASTIDE Jean. Associations : accompagner leur développement. *Revue : Administration* Juillet/septembre 1997. N°176, pp.127-30

BERTHOD-WURMSER M. Produire les solidarités : la part des associations. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp.62-64

BERTOLOTTO F. L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale ». *Actualité et dossier en santé publique*. Septembre 1996. N°16, pp.29-31

BLANCHET A, GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan université 1992

BLOCH-LAINE J-M. Faut-il réformer la loi de 1901? : aborder la question de façon pragmatique. *Actualités sociales hebdomadaires*. Décembre 2000. N°2191, pp.23

BOYER A. Aux origines de la loi 1901. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp.24-27

BURY J *Éducation pour la santé – concepts, enjeux, planifications*. Savoirs et Santé. Bruxelles : De Boeck Université, 1988

CHERBONNIER A. Ethique et promotion de la santé – a view from Belgium. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.43-44

COLIN C, MOFFET S. Les inégalités socio-économiques et la santé : un aperçu de la perspective québécoise. *Prévenir*. N°28, pp.175-87

CORNILLEAU G, DEMAILLY D, GILLES C et al. Une étude de la DREES : les évolutions récentes du RMI : un effet perceptible de la conjoncture économique. *Partage*. Novembre-Décembre 2000. N°145, pp.30-32

CRES de Bretagne, Pays de Loire et Région Centre. CODES 18-22-28-35-37-41-49-56-85. L'éducation pour la santé et précarité ; contribution à l'évaluation des pratiques dans le cadre des PRAPS. Année 2000. pp.32-42

DESCHAMPS J-P. Ethique et éducation pour la santé – plus qu'un enjeu : un objectif. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.4-5

D'IVERNOIS J.F, JOIN-LAMBERT L, LARCHER P et al. *La santé des enfants et des familles du quart-monde*. Paris : Centre International de l'Enfance. 1988. pp.31-35

FONTANA A, LEMOINE J-P, TAILLANTER S. Associations : quelle place pour l'État ? *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 110-13

FREIRE P. L'éducation : domestication ou libération ?. *Perspectives.(UNESCO)*. 1972 Vol.2, N°2, pp.193-202

FREIRE P. L'alphabétisation et le « rêve impossible ». *Perspectives.(UNESCO)*. 1976 Vol.6, N°1, pp. 70-73

HELARDOT V. Exclusion, pauvreté, précarité...Approche socio-historique de l'intégration sociale. *La Santé de l'homme*. Juillet-Août 2000. N°348, pp.12-14

LEBLANC Y. L'association de la loi de 1901 : personne privée, acteur public. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 28-31

MACHADO V-L. La Santé communautaire – concepts, actions, formation. *Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance. 1990, pp. 115-7

MENARD F. Transformation de l'État et recomposition de la vie associative : quelques éléments d'analyse. *Mission recherche du ministère de l'emploi et de la solidarité : Produire les solidarités – la part des associations*. Juillet 1997

MENGIN J. Les associations dans la décentralisation. *Revue : Administration* juillet/septembre 1997. N°176, pp. 138-41

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *La santé publique à l'épreuve du terrain – guide pratique en santé précaire*. Décembre 1997

MISSION RECHERCHE DU MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE.
Produire les solidarités – la part des associations. Juillet 1997

VALETTE J.F. L'éthique peut aussi nous inviter à une prise de risque. *La Santé de l'homme*. Janvier-Février 2000. N°345, pp.9-10

VERGNES A. MOUSSELIN M. Pour une éthique appliquée, évolutive et créative.
La Santé de l'homme. Janvier-Février 2000. N°345, pp.27-29

Articles disponibles sur Internet

Vie associative, transparence et relations avec les Pouvoirs Publics. Assises nationales de la vie associative. Février 1999. Disponible sur Internet : <http://www.vie-associative.gouv.fr>

Les associations et la loi 1901, cent ans après. Les études et les rapports du Conseil d'État. Rapport 2000. Internet : <http://www.conseil-État.fr>

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : charte d'Ottawa

Annexe 2 : grille d'analyse qualitative des ateliers santé dans le Languedoc-Roussillon

Annexe 3 : grille utilisée lors des entretiens réalisés auprès des intervenants institutionnels et associatifs rencontrés pour la réalisation de ce travail

Annexe 4 : restitution des entretiens menés auprès des personnes participant à l'atelier santé du Fer à reposer d'Alès

In : *La Santé de l'Homme* 1996;325:III-V.

CHARTER D'OTTAWA



La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document « Les buts de la Santé pour tous », et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé.

discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document « Les buts de la Santé pour tous », et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé.

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. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit

d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire; elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Conditions préalables à la santé

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé, la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

Conférer les moyens

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

Se servir de médiateur

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants: les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et

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

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

Élaborer une politique publique saine

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

Créer des milieux favorables

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promo-

tion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé - et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

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

Acquérir des aptitudes individuelles

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

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

Réorienter les services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins

médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'engagement face à la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

- ◆ à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
- ◆ à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
- ◆ à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
- ◆ à reconnaître que les individus consti-

tuent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être.

- ◆ à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;

- ◆ à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

Appel pour une action internationale

La conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité. ▲

Annexe 2 :

Comité Régional d'Education pour la Santé Languedoc-Roussillon

III- En référence à l'expérience des Comités telle qu'elle a commencé à être formalisée au cours des rencontres inter-départementales (à compléter)

Critères identifiés à partir de l'expérience des CDES	Critères d'appréciation des actions d'éducation à la santé des publics prévisibles à l'expérience des comités d'éducation pour la santé par rapport	Grille de classification (1 point par question / réponse par question)		
		OUI	NON	A Prévoir
<p>Pour les adhérents en direction du public</p> <p>1) Il est important d'articuler l'activité avec les autres actions d'animation (y compris des autres)</p> <p>2) Le travail concerne à la fois le registre individuel (c'est-à-dire de santé et de registre social (bien social))</p> <p>3) L'adhésion volontaire des participants est importante</p> <p>4) Les participants ont réalisés personnel y trouver une promotion sociale, une reconnaissance par leurs pairs, voire un rôle de médiation auprès d'eux.</p>	<p>1 point Est-ce que l'action s'articule avec une démarche/projet/spécialité d'insertion ?</p> <p>2 points Est-ce que l'action permet de tenir compte des besoins individuels ? Est-ce que l'action permet de travailler l'insertion relationnelle et sociale des personnes ?</p> <p>1 point Est-ce que les personnes ciblées par l'action peuvent refuser d'y participer ?</p> <p>2 points Est-ce que l'action ouvre une perspective de promotion sociale pour les participants ? (changement de statut au sein de sa communauté) ? Est-ce que l'action donne aux participants des moyens nouveaux leur permettant de jouer un nouveau rôle social au sein de la société (fonctions de relais, de médiation) ?</p> <p>6 Points</p>			
<p>TOTAL</p> <p>Critères de sélection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actions à intégrer au programme : > 3 points sur la colonne OUI - Actions à intégrer éventuellement au programme : > 3 points sur la colonne A. prévoir - Actions à écarter du programme : > 3 points sur la colonne NON 				

Date de l'école et signature (sur les autres copies) :

Comité Régional d'Éducation pour la Santé Languedoc-Roussillon

Critères identifiés à partir de l'expérience des CDES	Critères d'appréciation des actions d'éducation à la santé des publics concernés par rapport à l'expérience des comités d'éducation pour la santé (SUITES)	Grille de classification	
		OUI	NON
Pour les ateliers de direction des professionnels <i>(il est important qu'ils reprennent et commentent sur l'existant (sites, réunions, centres sociaux, associations...), qu'ils échangent sur leurs compétences pour une meilleure utilisation de celles-ci)</i>	2 points Est-ce que l'action favorise la création de liens entre professionnels ? Est-ce que l'action apporte des informations et des nouvelles connaissances aux participants ?		
<i>Un soutien aux professionnels en difficulté est aussi important (gestion de stress, diffusing, débriefing...)</i>	1 point Est-ce que l'action offre un soutien aux professionnels en difficulté ?		
<i>Des nouveaux emplois peuvent être développés en particulier à l'interface entre les institutions et le public (aide à la création d'emplois jeunes...)</i>	1 point Est-ce que l'action peut conduire et/ou préparer à l'émergence de fonctions nouvelles au sein des dispositifs institutionnels, permettant l'intégration de professionnels et profanes au sein d'un même projet de santé ?		
TOTAL	4 points		
Critères de réussite : • Actions à intégrer au programme : ≥ 2 points sur la colonne OUI • Actions à intégrer éventuellement au programme : > 2 points sur la colonne « A préciser » • Actions à traiter du programme : ≥ 2 points sur la colonne NON			

Charte du réseau et implication pour les ateliers santé-professionnels

Comité Régional d'Éducation pour la Santé Languedoc-Roussillon

Fiche d'analyse et de classification des actions d'éducation à la santé des publics précaires
par rapport l'expérience des CDES

1) Désignation de l'action : Action N°

Département :

2) Analyse de l'action

Principes extraits de l'expérience des CDES	Cote de classification		
	OUI	NON	A préciser
1			
2			
3			
4			
Total			

3) Sélection en vue de la programmation régionale (mettre une croix dans la case correspondante)

Actions à intégrer au programme	
Action visant des Publics précaires ≥ 3 points sur la colonne « OUI »	
Action visant des Professionnels ≥ 2 points sur la colonne « OUI »	
Actions à intégrer éventuellement au programme	
Action visant des Publics précaires > 3 points sur la colonne « A préciser »	
Action visant des Professionnels > 2 points sur la colonne « A préciser »	
Actions à évaluer du programme	
Action visant des Publics précaires ≥ 3 points sur la colonne « NON »	
Action visant des Professionnels ≥ 2 points sur la colonne « NON »	

Charte de régence et implication pour les ateliers santé publique

Annexe 3 :

GUIDE D'ENTRETIEN :

Présentation ; explications sur le travail mené dans le cadre du mémoire.

1. pouvez-vous présenter votre association, le ou les domaine(s) dans le(s)quel(s) vous intervenez ?
2. qu'est-ce qu'un atelier-santé pour vous ? comment le définiriez-vous ?
3. comment avez-vous décidé de développer un atelier-santé ? (*exemples : en réponse à un besoin repéré, en réponse à un « appel d'offre » ..*)
4. comment pouvez-vous décrire la mise en place de cette action ? travaillez-vous en partenariat ? comment pouvez-vous décrire ce dernier ?
5. quel est pour vous le sens du mot « évaluation » ?
6. comment pouvez-vous décrire la relation actuelle entre les associations et les services déconcentrés de l'État ? (*exemples : relation uniquement par le biais du financement, contrôle, partenariat réel ..*)
7. souhaitez-vous voir évoluer cette relation ? de quelle manière ? (*exemples : appui méthodologique, évaluation des actions..*)

Annexe 4 :

RESTITUTION DES ENTRETIENS MENÉS

(Apparaissent en caractères italiques et entre guillemets les propos restitués comme ils ont été tenus).

1er point abordé : comment sont-elles arrivées sur ce chantier d'insertion ? qu'est-ce qu'elles en connaissaient ? qu'est-ce qu'elles en attendaient ?

La grande majorité d'entre elles ont été adressées par les organismes d'insertion par le travail ; deux d'entre elles ont eu connaissance du chantier par le bouche à oreille.

Toutes n'en connaissaient que l'aspect travail (activités de repassage) ; l'une d'entre elles recherchait une autre formation professionnelle.

La majorité déplorait que la durée du chantier soit limitée. (1 an)

2ème point abordé : comment est né l'atelier santé ? qu'est-ce qu'il leur a apporté ?

Les deux groupes ont mis en évidence l'importance de l'animatrice du chantier, qui *"nous a regardé et a vu que le groupe avait besoin d'être dynamisé"*.

Les premières réactions ont été liées à la surprise ; il leur semblait impossible qu'une autre activité que celle du travail stricto sensu puisse leur être proposée.

Puis dans l'un des deux groupes, les participantes elles-mêmes ont décidé de ce qu'elles voulaient faire, tandis que les autres ont choisi parmi les actions proposées.

L'activité retenue a été celle de "cours" de gymnastique avec relaxation.

Dans un premier temps, certaines d'entre elles se sont senties angoissées, stressées à l'idée de "montrer" leur corps. Par ailleurs, elles craignaient que suivre cette action ne leur permette plus d'assurer leur travail.

Puis rapidement, essentiellement grâce à la dynamique créée dans chacun des groupes, les réticences ont été surmontées et toutes disent maintenant le "bien" qu'elles en retirent

physiquement : « *On se sent mieux ; on a l'impression d'être dérouillée* »

psychologiquement : « *On peut faire le vide pendant deux heures, on décompresse* »

« *On se fait plaisir* »

Plusieurs d'entre elles soulignent l'importance de suivre une activité qu'elles ne peuvent pas suivre d'habitude et d'avoir une préoccupation autre que le seul travail ; l'insertion ne se résume plus au seul travail : « *l'insertion, ce n'est pas que le travail ; c'est aussi tout ce qui fait qu'on se sent bien* ».

La dynamique de groupe est capitale : les réticences, les angoisses ont été surmontées grâce aux échanges rendus possibles par un climat de confiance et de respect mutuel à l'intérieur de chacun des deux groupes. Les relations créées au sein du groupe ont permis aux participantes d'être "*rassurées*" ou "*encouragées*".

Une personne a dit l'impression qu'elle a « *d'être en famille* », une autre « *en colonie de vacances* », plusieurs parlent « *d'équipe* » en dehors de laquelle elles auraient des difficultés à continuer l'activité entreprise.

3ème point abordé : qu'en attendent-elles d'autre ? comment voudraient-elles le voir évoluer ?

Beaucoup ici expriment le souhait de faire des activités « *en extérieur* » ou de voir améliorées les conditions matérielles dans lesquelles se déroulent les ateliers.

Certaines voudraient voir se développer des activités en atelier leur permettant « *de se faire belle* », « *de se faire valoir* ». (*)

Le souhait de voir se développer des "*discussions dans le groupe*" est le plus souvent exprimé.

Quelques-unes voudraient recevoir des informations sur certains thèmes, la diététique étant le thème le plus évoqué.

Toutes insistent sur l'importance que les activités aient lieu dans le cadre des activités professionnelles pour deux raisons principales : en raison de leurs conditions de vie, il leur serait difficile de prendre sur leur temps personnel pour les suivre ; ces activités leur sont proposées gratuitement.

(*) : de telles activités ont eu lieu antérieurement dans d'autres groupes, qui les ont autofinancées.

4^{ème} point abordé : pourquoi a-t-on appelé ces activités « atelier - santé » ?

Aucune ne remet en question ce terme essentiellement parce qu'elles ressentent un « bénéfice » à suivre ce type d'action : soit parce qu'elles se sentent redynamisées, soit parce que cette activité a complété celles menées dans le cadre du chantier d'insertion qui leur a permis d'être capables « *d'affronter les problèmes* », d'être plus sûres d'elles-mêmes.

Le lien social créé au sein de chacun des groupes, largement favorisé par le développement de l'atelier santé s'avère essentiel, puisqu'il a permis l'instauration d'échanges entre des personnes mises en confiance ; l'une d'entre elles continue de voir des personnes rencontrées dans un groupe précédent en dehors du travail.

5^{ème} point abordé : souhaitent-elles participer davantage à la mise en application, au déroulement de l'action ? comment ?

Deux d'entre elles répondent en dépassant le cadre du seul atelier santé qu'elles souhaiteraient rencontrer les responsables des services d'insertion car elles trouvent certains aspects du dispositif inadaptés à leur situation.

6^{ème} point abordé : souhaitent-elles aborder d'autres points ?

Les propos, dépassant là aussi le cadre de l'atelier santé, évoquent la relation qu'elles voudraient voir évoluer avec les services sociaux ou un certain nombre des autres de leurs interlocuteurs institutionnels : l'image d'elles-mêmes que ces derniers leur renvoient est en effet toujours celle "*de personnes en insertion*" alors qu'elles travaillent et ont retrouvé une vie sociale.