

## Santé communautaire et inégalités sociales

Les Rencontres européennes en approche communautaire de la santé et inégalités sociales se sont déroulées à Bruxelles dans le cadre de la présidence belge de l'Union européenne à l'initiative de Nicole Maréchal, Ministre de la santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Au lendemain de cet événement, nous vous proposons un dossier constitué de quatre textes principaux.

Dans le premier, la Ministre précise les valeurs qu'elle entend défendre en santé publique en affirmant une fois de plus son plaidoyer en faveur d'une participation citoyenne de la population. Le deuxième article précise les recommandations belges pour une politique européenne de résorption des inégalités de santé.

L'exclusion sociale est à la mode, à un point tel qu'elle en devient un mot magique vide de sens, dont on abuse de manière incantatoire pour dénoncer les 'inégalités' sans œuvrer réellement à leur réduction. Frédéric Ligot propose une mise au point tranchante à ce propos.

Au cœur du débat sur la participation des usagers, Barbara De Coster (Cultures Et Santé) nous éclaire, dans la foulée d'une intervention de Yann Le Bossé (Université Laval à Québec), sur les dérives qui guettent les professionnels et sur la valorisation des capacités d'action des personnes.

En complément, vous trouverez aussi une brève relation du travail de l'asbl *Repères* dans le domaine de la vie affective et sexuelle des populations précarisées, et une présentation de la collection *Santé communautaire et promotion de la santé*, qui compte à ce jour six fascicules.

Bonne lecture, et n'hésitez pas à nous faire part de vos réactions et désaccords éventuels!

Christian De Bock, rédacteur en chef

Réalisation et diffusion • Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS

Rédacteur en chef • Christian De Bock (02-246 48 50)

Secrétaire de rédaction • Anne-Marie Pirard (02-246 48 51)

Secrétaire de rédaction adjoint • Anne Fenaux (02-515 05 85)

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous: Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51)

Documentation • Maryse Van Audenhaege, Astrid Grenson (02-246 48 51)

Abonnements • Franca Tartamella (02-246 48 53)

Comité stratégique • Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Anne Fenaux, Sophie Fiévet, Christian Grégoir, Véronique Janzyk, Roger Lonjils, André Lufin, Paul Sonkes, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey, Bernard Van Tichelen

Comité opérationnel • Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkimbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Maryse Van Audenhaege

Editeur responsable • Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles

Maquette • Els Demeyer

Mise en page • Groupe Image

Impression • Hayez

Tirage • 2.600 exemplaires

Diffusion • 2.200 exemplaires

ISSN • 0776 - 2623

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02-246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires:

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53. Fax: 02-246 49 88

(indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Courriel: education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse: [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles - [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

## SOMMAIRE

INFORMATIONS	
Harmonisation de vaccination contre la méningite C	2
La participation citoyenne à la santé, par Nicole Maréchal	6
Dossier	
Santé communautaire et inégalités sociales	
Approches communautaires et inégalités sociales, par Nicole Maréchal	6
Le rôle de la promotion de la santé en Europe contre les inégalités sociales	6
Exclusion sociale, le défi pour en finir, par Frédéric Ligot	9
Pouvoir d'agir et pratiques sociales: changer le monde en santé, par Barbara De Coster	12
Précarité sociale, précarité sexuelle	16
Pour en savoir plus: la collection Santé communautaire et promotion de la santé	17
Brèves	19

# Campagne de vaccination contre la méningite C

Vaccination • méningite • petite enfance

**L**a Communauté française Wallonie-Bruxelles a décidé de proposer la vaccination gratuite contre la méningite à méningocoque C aux enfants âgés de 1 à 5 ans. La campagne de vaccination, qui durera quatre mois, a démarré début mars. Il est utile de préciser dans quel contexte est apparue la nécessité de vacciner les enfants et quel fut l'historique de cette décision qui a suscité pas mal de remous.

## Contexte et rétroactes

Depuis quelques années, on constate un accroissement des cas de méningites à méningocoques en Belgique (de 77 cas en 1990 à 380 en 2001).

Alors que les méningites B représentaient de loin la majorité des cas par le passé, la proportion de méningites C s'accroît depuis 1997 jusqu'à constituer plus de 50 % du total des méningites aujourd'hui. Précisons qu'on n'atteint pas les incidences du début des années 70 et qu'on n'est pas dans une situation d'épidémie. Cependant, cette croissance est inquiétante et représente un danger en terme de santé publique.

En novembre 2000, le Conseil supérieur d'hygiène remettait un avis sur la vaccination anti-méningococcique. Au même moment, un vaccin anti-méningite C était enregistré en Belgique, et on prenait connaissance de l'expérience anglaise de généralisation de l'usage de ce vaccin.

Le Conseil supérieur d'hygiène, sans être alarmiste, recommandait l'administration du nouveau vaccin auprès de deux groupes d'âges plus à risque que d'autres, à savoir les enfants de moins de 5 ans et les grands adolescents.

La Conférence interministérielle de santé décide en mai 2001 de programmer une étude épidémiologique sur la question, et le Conseil supérieur d'hygiène remet un deuxième avis: constatant l'aggravation de la situation durant les premiers mois de l'année, caractérisée par la progression des infections du groupe C, il propose que la vaccination soit introduite dans le calendrier vaccinal à partir de douze mois et que le vaccin bénéficie d'un remboursement partiel de l'INAMI pour améliorer son accessibilité pour les enfants de 2 à 21 ans, sans aller jusqu'à envisager la généralisation de ce vaccin pour toutes les tranches d'âge.

La distribution selon les tranches d'âge en 2001 sur l'ensemble du territoire national montre un plus grand nombre de cas chez les enfants de 1 à 4 ans (42) et entre 15 et 19 ans (36).

La Communauté flamande annonce alors qu'elle compte vacciner tous les enfants de 1 à 2 ans dès l'année 2001.

C'est que la dispersion de la méningite C est très hétérogène. Les cas sont trois fois plus fréquents en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles (en 2001, on déplore 135 cas en Flandre pour 7 à Bruxelles et 37 en Wallonie).

Le débat est alors relancé au sein de la Conférence interministérielle de santé afin qu'une décision concertée soit dégagée. Un protocole d'accord est signé le 11 décembre 2001 entre l'autorité fédérale, les Communautés et la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM) pour la prise en charge du coût du vaccin et le choix du public prioritaire, c'est-à-dire les enfants de 1 à 5 ans.

Le Gouvernement fédéral s'engage à prendre en charge 2/3 du coût total de l'achat du vaccin, et les Communautés le 1/3 restant. Ces dernières, dans le cadre de leurs compétences en matière de prévention collective, sont également chargées d'organiser la campagne de vaccination.

Un budget total de 1.239.000 € est ainsi dégagé par la Communauté française, s'ajoutant aux 2.032.000 € du programme actuel de vaccination. L'appel d'offre est lancé en décembre et 200.000 doses de vaccin sont mises à disposition de la vaccination des enfants nés entre le 01/01/1997 et le 31/12/2000. De quoi permettre de vacciner quatre cohortes de 50.000 enfants, et probablement de conserver quelques dizaines de milliers de doses pour d'autres groupes d'âge, étant donné que certains parents ne feront pas vacciner leurs enfants, et que d'autres l'ont déjà fait l'an dernier sans attendre la proposition des autorités.

## La campagne

Pendant deux mois, l'Administration de la Santé, Provac, le Service communautaire Question Santé et le Cabinet de la Ministre de la Santé ont travaillé à la mise au point de la campagne, en veillant notamment:

- à la gestion du flux prévisionnel des demandes;
- à l'information aux parents sur la possibilité offerte (mais non obligatoire) de protéger leurs enfants contre cette maladie;
- à la possibilité de veiller à ce que les vaccins fournis gratuitement parviennent effectivement aux enfants auxquels ils sont destinés.

- collaboration au suivi journalier des activités du service;
- réalisation d'animations et formations en lien avec des projets ou s'intégrant dans une formation globale;
- production de documents d'information (dépliants, brochures);

## Le profil

- diplôme universitaire ou supérieur non universitaire, avec formation spécifique en promotion de la santé, et expérience de 3 ans dans le domaine;
- capacités d'animation de groupes et de travail en équipe;
- expérience en gestion de projets;
- facilité de rédaction en français
- bonne connaissance de l'informatique (MS-Office);
- connaissance passive du néerlandais et de l'anglais;
- prêt à se déplacer régulièrement dans les mutualités (dispose d'un véhicule).

Nous offrons un travail varié dans un secteur en pleine évolution, et un contrat à temps plein de durée indéterminée avec période d'essai.

Veillez adresser votre candidature écrite, dûment motivée et avec CV détaillé, pour le 20 avril 2002 au plus tard, à Marie-Pierre De Bom, Cellule Gestion des ressources humaines, ANMC, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Courriel: marie-pierre.debom@mc.be.

## Bénévolat

Infor Santé Brabant wallon recherche des bénévoles pour assurer des animations santé dans les écoles fondamentales du Brabant wallon, dans le cadre de sa campagne «L'enfant et l'hôpital».

Profil: enseignant ou animateur disposant de quelques heures par semaine, disposant d'un véhicule.

Nous offrons: une formation adéquate, un travail dans une équipe dynamique, et le remboursement des frais de déplacement.

Renseignements complémentaires: Infor Santé, 067/89 36 87.

## Bulletin d'Education du patient

vol. 20, n° 2-3, 2001

Tout professionnel de la santé est confronté à la douleur dans sa pratique. Sa prise en charge fait partie du rôle de chacun. Elle confère une dimension plus humaine aux soins. Elle permet un rétablissement plus rapide et une meilleure qualité de vie des patients.

Pour être efficace, elle doit passer par différentes étapes:

- l'évaluation de la douleur, qui passe par l'écoute et l'observation du patient, et souvent, par l'utilisation d'outils permettant de mieux appréhender son expérience de douleur;
- le choix de stratégies thérapeutiques adaptées, qu'elles soient pharmacologiques, chirurgicales, physiques ou psychologiques;
- l'information et l'éducation du patient en vue de sa participation active à la gestion de sa douleur.

Tout ceci requiert une approche interdisciplinaire et le développement de compétences et de procédures adaptées.

Deux dossiers, réalisés avec la collaboration d'experts dans le domaine, abordent ces différents aspects, dans le domaine des douleurs aiguës (opératoires, liées aux soins,...) ou chroniques (lombalgies, céphalées/migraines,...).

Ces dossiers de qualité s'adressent à tous les professionnels de la santé. Ils constituent un sérieux apport de connaissances et d'expériences en vue d'une meilleure prise en charge thérapeutique et éducative des douleurs. En voici le contenu:

## Introduction

Editorial, *Sophie Leruth et Germain Milbouw*

Le syndrome de douleur chronique, *Léon Plaghki*

L'évaluation du patient douloureux chronique, *François Boureau, Sylvie Rostaing-Rigattieri*

La douleur: un mal répandu, *extraits repris du livre "Face à face avec la douleur", Vif Editions, écrit par Léon Plaghki, Jacques Poncin, Jan Gybels*

## Lombalgies

Physiopathologie du rachis lombaire dégénératif, *Albert Debrun*

Approches thérapeutiques des lombalgies: le point de vue du physiothérapeute, *Albert Debrun*

Lombalgies et chirurgie, *Germain Milbouw*

L'Ecole du dos, *Jean-Michel Crielaard, Yves Henrotin, Michel Defaweux, et al.*

Expérience d'une "Ecole des lombalgiques", *Jean-Pierre d'Halluin, Sabine Tirelli*

Représentations, croyances et lombalgies, *Jacques Grisart, Etienne Masquelier*

Plaidoyer pour une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient souffrant de lombalgie chronique, *Etienne Masquelier, Bernard le Polain, Kris Vissers, et al.*

## Migraines et céphalées

Approche diagnostique et physiopathologique des céphalées et migraines, *Michel Vandenheede, Jean Schoenen*

Thérapies des céphalées et migraines: le point de vue du neurologue, *Michel Vandenheede, Jean Schoenen*

Traitement chirurgical des céphalées. Les névralgies du trijumeau et du glosso-pharyngien, *Jean Daniel Born*

Témoignage: maux de tête, je connais si bien..., *Christian Gérard*

Céphalées et migraines: l'approche psychologique et la prévention par la gestion du stress, la relaxation et l'hypnose, *Anita Violon*

## A propos de thérapeutiques relationnelles et physiques

On ne pourra pas dire qu'on ne savait pas! Relaxation, toucher, massage dans la douleur chronique, *Chantal Ropars*

Place de l'acupuncture dans le traitement des douleurs chroniques, *Mai Luu*

L'hypnose: une nouvelle dimension dans le traitement des douleurs chroniques, *Violaine d'Ans*

Neurostimulation transcutanée (TENS) et douleur chronique, *Philippe Hanson*

Intérêt de la mésothérapie dans le traitement de la douleur, *Daniel Bacquelaîne*

## Le rôle du patient dans la prise en charge de sa douleur

Douleur et éducation du patient, *Jean-Luc Collignon, Sophie Leruth*

A propos de l'automédication et du bon usage des médicaments: quelques pistes pour une éducation à la santé, *Anne Malice, Aurore Vincent*

## Structures de prise en charge des patients douloureux

Vers une politique intégrée d'amélioration de la prise en charge de la douleur en Belgique, *Jacques Boly*

Organisation de la prise en charge de la douleur en France, *Ivan Krakowski*

Ce numéro double du Bulletin d'éducation du patient est disponible au prix de 6,2 €.

Pour tout renseignement ou pour les conditions d'abonnement: Centre d'éducation du patient asbl, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél.: 082-61 46 11. Fax: 082-61 46 25. Courriel: cep-godinne@swing.be

## Les chiffres de la méningite en Belgique en 2001

380 souches, contre 267 en 2000;

incidence de 3,7 cas pour 100.000 habitants, soit le triple par rapport à 1992;

49% appartenant au sérotype C, contre 47,5% du sérotype B;

68% des cas en Flandre (dont près de la moitié dans la province d'Anvers), 26% en Wallonie et 6% à Bruxelles;

27 décès (7% de mortalité), dont 12 attribués au sérotype C;

40% des cas chez les moins de 5 ans, et 18% des cas chez les 15 à 19 ans;

Ces données ont été enregistrées par le laboratoire de référence des méningocoques en 2001, pour l'Institut scientifique de santé publique

## Exposition

### Gembloux - Mons

La Plate-forme sécurité alimentaire organise une exposition interactive sur le thème *La sécurité des aliments: comment y parvenir?*, destinée aux jeunes de 10 à 14 ans et à leurs professeurs.

Elle s'arrêtera

- à Gembloux (Espace Athena, passage des Déportés 2) du 29 avril au 16 mai 2002 (présentation spéciale presse et enseignants le lundi 29 avril à 11h);

- à Mons (Auditoire Martin Herman, Institut provincial d'hygiène et de bactériologie du Hainaut, bd Saintelette 55) du 21 mai au 6 juin 2002 (présentation spéciale presse et enseignants le mercredi 22 mai à 14h30).

Les visites, gratuites et guidées par une personne du CRIOC, se font sur rendez-vous. Pour s'inscrire avec sa classe, prendre contact avec le CRIOC (02-547 06 93) ou via le formulaire disponible sur le site de la Plate-forme [www.securitealimentaire.org](http://www.securitealimentaire.org). La visite dure environ une heure.

L'exposition s'accompagne d'un manuel didactique pour les enseignants et de deux affiches.

Renseignements: CRIOC, Caroline De Voghel, tél. 02-547 06 93. Courriel: [caroline.de.voghel@oivo-crioc.org](mailto:caroline.de.voghel@oivo-crioc.org)

## Troisième âge

### Paris

23 mai 2002

Quatrième journée d'étude d'ALMA France, sur le thème de 'La vieillesse maltraitée: la justice et le droit'.

Elle a lieu à l'UNESCO, 125 avenue de Suffren, 75017 Paris. P.A.F.: 120 €, rapport inclus.

Renseignements: ALMA France, BP 1526, 38025 Grenoble Cedex. Fax: 00 33 4 76 21 81 38.

## Appel à projets

Depuis l'an dernier, le Prix Princesse Mathilde est décerné par le *Fonds Princesse Mathilde* à une organisation qui mène une action en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Un thème et un public spécifiques sont choisis chaque année. En 2002, le Prix s'intéressera aux enfants de 6 à 14 ans autour du thème "Les enfants et la perte". Les initiatives qui intègrent cette donnée ont jusqu'au 31 mai pour se porter candidates à l'obtention du Prix, qui sera décerné en décembre 2002 au Palais royal, à Bruxelles.

*Vous trouverez de plus amples informations sur le Fonds et le Prix Princesse Mathilde, ainsi que le formulaire de candidature sur le site de la Fondation Roi Baudouin [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)*

## Politique de santé

### Londres

11 au 13 juin 2002

*Nouvelles dimensions en promotion de la santé: lier les programmes aux politiques publiques.*

Créer des liens entre les programmes de santé et les politiques publiques dans les secteurs de l'environnement, de l'éducation, de l'emploi.

Renseignement: *New Dimensions in Promoting Health*. Tél.: +44 20 8832 7311. Fax: +44 20 8832 7301. Courriel: [info@profileproductions.co.uk](mailto:info@profileproductions.co.uk) Internet: [www.newdimensions2002.co.uk](http://www.newdimensions2002.co.uk)

## Ecoles en santé

### Egmond aan Zee (NL)

25 au 27 septembre 2002

La Deuxième conférence internationale du Réseau européen des écoles en santé sera consacrée à "Education and Health in Partnership" (autrement dit "Education et Santé en partenariat").

L'objectif principal de cet événement est d'établir et renforcer les ponts entre les secteurs de l'éducation et de la santé. L'expérience du REES a en effet démontré combien il était essentiel que le concept de bien-être à l'école soit porté tant par les acteurs de promotion de la santé que par les professionnels de l'éducation (au sens large). On a constaté que les projets "se portent" le mieux là où le secteur éducatif s'est mobilisé.

La conférence vise les décideurs politiques, les acteurs de terrain, les spécialistes et, de manière générale, toute personne qui par ses contacts ou ses pratiques veut garantir la dissémination de la promotion du bien-être à l'école.

Les thèmes retenus sont, entre autres, l'apprentissage actif, la citoyenneté, la recherche et l'évaluation des programmes associant objectifs de santé et objectifs éducatifs...

Les séances plénières se tiendront en anglais, avec traduction simultanée en français et en russe. La langue des ateliers sera exclusivement l'anglais.

Le service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique, coordinateur du Réseau pour la Belgique francophone, fera bien entendu le déplacement, de même que des représentants des Ministères de la Santé

et de l'Enseignement de la Communauté française ou encore des écoles membres du REES.

En pratique,

- l'inscription pour les trois jours et la réservation d'un hôtel pour 3 nuits se monte à €700 (€450 sans réservation d'hôtel) avant le 1er mai 2002;
- la même inscription après le 1er mai coûtera €800 (€550 sans hôtel). Date limite de réservation: le 21 août 2002.

Un site a été créé pour une information plus large sur le programme de la conférence, ainsi que pour l'inscription en ligne: [www.egmondconference.nl](http://www.egmondconference.nl)

Pour tout renseignement: *Croix-Rouge de Belgique, service Education pour la santé, Emmanuelle Caspers, place Brugmann 29, 1050 Bruxelles. Tél. 02-349 55 47. Fax: 02-349 55 16. Courriel: [emmanuelle.caspers@redcross-fr-be](mailto:emmanuelle.caspers@redcross-fr-be)*

## Formation

Le Carolo Contact Drogues organise des formations à l'utilisation et l'exploitation du jeu pédagogique de communication *Robinson*.

*Robinson* se joue en équipe suivant le principe du jeu de l'oie et permet d'aborder des thèmes tels que les violences, le racisme, les drogues,...

Cet outil s'adresse à tout professionnel travaillant avec des enfants entre 9 et 13 ans.

Pour tout renseignement: *Carolo Contact Drogues, rue d'Angleterre 10, 6000 Charleroi. Tél. 071-30 26 56.*

## Emploi - offre

Infor Santé (Mutualité chrétienne) recrute un collaborateur universitaire (m/f).

Intégré à l'équipe chargée de la promotion de la santé (équipe de 6 personnes) au sein du Département socio-éducatif francophone, il contribuera au développement de la promotion de la santé à la Mutualité chrétienne.

La fonction

- coordination et réalisation des projets de promotion de la santé en collaboration avec d'autres mouvements et services de l'ANMC ainsi qu'avec des organismes extérieurs;
- animation du comité de pilotage "promotion de la santé";
- animation des réunions de concertation avec les responsables des mutualités en promotion de la santé;
- accompagnement méthodologique des collaborateurs régionaux et des mouvements;

Afin d'organiser efficacement cette campagne, une collaboration s'est également établie avec l'ONE qui est la «plaque tournante» de la mise en œuvre de la campagne, puisque c'est elle qui peut fournir aux familles les titres d'accès à la vaccination, de façon à vacciner précisément les enfants concernés et pas les autres. Cela est relativement complexe sur le plan logistique.

## Un objectif de santé publique

Cette collaboration entre l'Etat fédéral, les trois Communautés et la COCOM conforte l'importance de la prévention, qui améliore la santé de la population. Cette politique de prévention active peut éviter bien des situations douloureuses pour les familles, et contribue également à la maîtrise des dépenses en soins de santé.

Cette collaboration d'un type nouveau aura peut-être des suites, puisqu'un Groupe de travail de la Conférence interministérielle de santé travaille plus globalement à une harmonisation de la politique de vaccination dans notre pays. Comme toute politique de vaccination, cette campagne contre la méningite C vise à rencontrer un objectif de santé publique:

- assurer une couverture maximale de la population visée;
  - protéger l'individu contre la maladie;
  - protéger collectivement les personnes;
  - utiliser un vaccin à l'efficacité avérée.
- Le second objectif est celui de l'équité sociale et de l'égalité dans la prévention. Il faut à tout prix éviter une dualisation de la prévention vaccinale. Outre son injustice sociale, elle aurait un impact négatif sur la dispersion de la maladie. Dans le cas de la méningite C, le prix du vaccin, très élevé et non remboursé, créait un réel risque de "médecine à deux vitesses". Une attention particulière sera d'ailleurs portée à l'information et la promotion de la campagne auprès des populations précarisées.

Si à la fin juin, le budget dégagé pour le public cible n'a pas été totalement utilisé (c'est-à-dire si toutes les doses de vaccin n'ont pas été nécessaires), il sera possible dès la rentrée scolaire de septembre 2002 d'entamer la vaccination de la deuxième tranche d'âge la plus vulnérable, en commençant par les jeunes de 15 ans.

A l'avenir, la vaccination contre la méningite C sera incluse dans le programme de vaccination de la Communauté française via les critères habituels de vaccination, la perspective et

la volonté étant bien entendu d'éradiquer progressivement la maladie.

*D'après l'intervention de Nicole Maréchal, Ministre de la Santé au lancement de la campagne, Bruxelles, 27/02/02*

## Quelques considérations autour de la campagne

Cette initiative témoigne d'un fonctionnement plutôt sympathique de nos institutions, puisque malgré le saucissonnage des compétences en matière de santé, voire de prévention, il a été possible de mettre en place en quelques mois une campagne ambitieuse de vaccination. Autre élément positif, le fait que dans la situation budgétaire précaire qui est toujours la sienne aujourd'hui, la Communauté française Wallonie-Bruxelles a pu dégager des moyens relativement importants sans mettre en danger ses autres programmes de promotion de la santé.

Ce satisfecit ne signifie pas pour autant que tout soit parfait, comme en témoignent certaines réactions.

## Un enfant de six ans vaut-il moins qu'un enfant de trois ans?

La campagne ne passera pas inaperçue: les médias sont déjà largement sensibilisés au problème, et des spots publicitaires passent en radio au début de chacun des 4 mois pendant lesquels la vaccination est proposée. Pour éviter les embouteillages, il est prévu de vacciner les enfants nés en 2000 en mars, ceux nés en 1999 en avril, ceux nés en 1998 en mai, et ceux nés en 1997 en juin. Pour les enfants nés en 2001 ou en 2002, le vaccin sera proposé gratuitement quand ils auront 13 mois, ce qui évite de devoir leur administrer trois doses (coûteuses) pour les protéger contre la maladie.

Et les autres, diront les parents? Ceux nés en 1996, ou avant? D'aucuns ne manqueront pas de crier à l'injustice. Une campagne collective de vaccination implique de la part des autorités sanitaires la libération d'un budget important, qui n'est forcément plus disponible pour d'autres initiatives aussi louables. Les autorités britanniques ont choisi en 1999 de vacciner massivement les moins de 18 ans, cela n'a pas été le cas en Belgique. La cible retenue par la Communauté

# Campagne 2002 de vaccination contre le méningocoque C

pour les enfants de moins de 6 ans

Brochure d'information destinée aux parents d'enfants nés à partir du 1/1/1997



Créateur responsable: Dr. Brunson, bd Léopold II, 44 - 1060 Bruxelles - D/2002/3453/1

française n'a toutefois pas été choisie au hasard, puisqu'il s'agit du groupe le plus vulnérable (avec les adolescents).

## Que font les mutualités?

C'est évidemment une maigre consolation pour les parents qui veulent protéger leurs enfants âgés de plus de 5 ans!

Certaines mutualités ont décidé l'an passé d'inclure le remboursement partiel du prix du vaccin dans leurs avantages d'assurance complémentaire, en attendant la mise en place de la campagne publique de vaccination. Ce n'était certainement pas la meilleure solution (démarche individuelle, vaccination 'sauvage', coût élevé restant à charge des familles, impossibilité de faire pression de manière significative sur les fabricants pour faire diminuer le prix, etc.), mais c'était toujours mieux que rien.

D'ailleurs, il semble que 20 à 40 % des enfants visés par la campagne aient déjà été vaccinés à l'initiative de leurs parents, et au prix fort.

Les mutualités chrétiennes flamandes vont plus loin cette année, puisqu'elles ont décidé d'étendre le remboursement partiel aux tranches d'âges non visées par les autorités flamandes. A raison de 20 € par

enfant ou jeune, et tenant compte de la part de marché dominante de cette mutualité, cela représente un gros effort financier. Il n'a pas échappé à la Ministre flamande de la Santé, Mieke Vogels, qui a apprécié cette démarche.

### Des médecins de famille pas contents

Les contraintes diverses, institutionnelles, et autres, ont obligé la Communauté française à mettre en place une procédure d'accès au vaccin assez compliquée, avec la nécessité de se procurer à l'ONE un titre d'accès à la vaccination, pour autant que l'enfant concerné ait l'âge requis. Ce titre doit alors être remis au médecin vaccinateur, qui commande le vaccin en détachant un autocollant ad hoc. Bien entendu, il n'est pas exclu de faire vacciner les enfants à l'ONE, ce qui raccourcit sérieusement le circuit, mais l'Office ne peut pas se permettre de se mettre les médecins de famille à dos en obtenant le monopole de la vaccination.

Dans un article vengeur, l'hebdomadaire *Le Généraliste* parle de 'Procédure ubuesque'. Il n'a pas tout à fait tort, le système mis en place pour vacciner la bonne cible au bon moment est plutôt compliqué. La relative confusion au démarrage de la campagne, que les médias ont largement relayée, en témoigne aussi.

Si comme cette publication on estime qu'il n'y pas lieu scientifiquement de limiter la vaccination gratuite aux enfants de 1 à 5 ans, la procédure est évidemment absurde. Est-ce pour autant une raison pour écrire que "ce n'est pas par des procédures inquisitrices et vexatoires que nos décideurs politiques redoreront leur image auprès du corps médical", alors que l'effort entrepris par la Communauté française est déjà appréciable? N'exagérons pas!

### Wyeth Lederle, entreprise "éthique"?

Il y a plus nul que l'attitude de l'hebdomedical, c'est la campagne de communica-

tion de la firme qui a vendu le vaccin à la Communauté française (ce n'est pas la même pour la Flandre). Je cite:

*"L'incidence des infections à méningocoque C augmente chaque mois de manière préoccupante.*

*Ces infections peuvent laisser de graves séquelles ou être fatales.*

*Les interventions financières qui existent aujourd'hui sont malheureusement limitées à certains groupes d'enfants.*

*Wyeth Lederle a décidé de faciliter l'accès des plus défavorisés à la vaccination antiméningococcique C, en créant une 'initiative méningite C', dotée d'une quantité importante de vaccins gratuits."*

Non contente d'avoir obtenu un prix de vente dissuasif pour son vaccin, d'avoir travaillé l'opinion publique de façon à contraindre la Communauté française à lui acheter 200.000 doses de son produit (à un prix il est vrai plus raisonnable), la firme se permet de donner des leçons de morale. On aura tout vu!

Christian De Bock

## Pour en savoir plus

L'action communautaire n'est pas propre à la promotion de la santé. Elle s'est développée depuis longtemps dans le champ de l'éducation permanente et de l'action sociale. Depuis que la santé fait l'objet d'une approche plus globale impliquant des dynamiques locales et une participation active des usagers, elle suscite un regain d'intérêt.

*Je ne crois pas que la démocratie puisse survivre, sauf comme une formalité, si la participation du citoyen est limitée au vote, s'il est incapable d'une certaine initiative et sans possibilité d'influencer la structure sociale, économique et politique qui l'entoure...*

*L'individu ne peut influencer que s'il a du pouvoir.*

Saül Alinsky

L'asbl *Santé, communauté, participation* nous propose un cadre de référence en la matière qu'elle décline en une collection de six brochures ambitionnant de faire le point sur les aspects significatifs de cette pratique.

Entamée en 1999, la publication vient de s'achever avec la parution simultanée des numéros 5 et 6.

### 1. Des concepts et une éthique (1999)

Auteurs: Martine Bantuelle, Jacques Morel, Yves Dario

Définitions de la santé, objectifs de la prévention, évolution de l'éducation sanitaire vers la promotion de la santé, émergence des valeurs et pratiques communautaires.

### 2. Les acteurs et leurs pratiques (1999)

Auteurs: Martine Bantuelle, Jacques Morel, Yves Dario

Quels sont les acteurs? Comment et sur quoi peuvent-ils agir? Pourquoi agir? Signification et importance de la pratique de réseau.

Epuisé

### 3. Le diagnostic communautaire (2000)

Auteurs: Martine Bantuelle, Jacques Morel, Denis Dargent

Un modèle dynamique. Sur quoi porte le diagnostic communautaire? Qui fait le diagnostic communautaire? A quoi sert-il, comment le mettre en place?

### 4. La participation des acteurs (2000)

Auteurs: Martine Bantuelle, Jacques Morel, Denis Dargent

Le courant communautaire, les enjeux de citoyenneté et de solidarité, les formes organisées de la participation, les acteurs et leurs spécificité (habitants, professionnels, institutionnels).

### 5. L'évaluation, un outil au service du processus (2001)

Auteurs: Martine Bantuelle, Jacques Morel, Denis Dargent

La démarche évaluative, l'évaluateur, les spécificités communautaires de l'évaluation, les enjeux de l'évaluation participative.

### 6. Des ressources pour agir (2001)

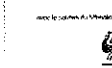
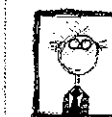
Auteur: Denis Dargent, avec la collaboration de Martine Bantuelle, Jacques Morel, et Samia Mammer

Actions communautaires en Belgique et en France, outils, textes législatifs pertinents en Belgique, les formes organisées de participation, les formations en France et en Belgique.

Chaque brochure se termine par une bibliographie sélective.

Ces documents sont disponibles gratuitement auprès de l'asbl *Santé, communauté, participation*, Bd du Midi 25/5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-514 40 14. Fax: 02-514 40 04.

Courriel: info@sacopar.be.



COLLECTION  
Santé  
Communautaire  
et promotion de  
la santé

5

## "L'évaluation, un outil au service du processus"

Cette brochure est financée par le Service "Santé communautaire" organisé en 1998 et financé par le Fonds de la Communauté Communautaire Française de la Région de Bruxelles Capitale.



## La publicité peut nuire à la santé

Aliment • alicament • consommation • publicité

**"B**on pour la santé". L'argument fait vendre denrées alimentaires et produits sanitaires. Les fabricants en usent et en abusent. Pas toujours à bon droit. Mais les consommateurs se laissent volontiers tenter et parfois abuser. Attention, danger!

"Le yaourt untel combat la paresse intestinale", "La margarine machin diminue le cholestérol", "La ceinture chose permet de mincir sans bouger", "Le produit trucmuche renforce la protection naturelle contre le rhume"...

Les allégations "bonne santé" abondent sur les emballages des denrées alimentaires et des produits sanitaires. Pas sots, les responsables du marketing des grandes entreprises ont très vite saisi tout le profit qu'ils pouvaient tirer des campagnes d'éducation pour la santé s'ils réussissaient à les détourner à leur (plus

grand) profit. Et les consommateurs, sensibilisés au lien entre leur alimentation et leur hygiène quotidiennes et leur état de santé, se laissent tenter. Et parfois tromper. Car les arguments utilisés sont parfois douteux. Certains risquent même d'entraîner une consommation inadaptée.

Trois associations de consommateurs belge, française et autrichienne ont tiré le signal d'alarme. Le Bond van grote en van jonge gezinnen (BGJG, homologue néerlandophone de la Ligue des Familles), l'Union féminine civique et sociale et l'Osterreichische Kinderfreunde ont investigué dans leur pays respectif. Elles ont tiré de leurs actions un bilan préoccupant et rédigé des propositions concrètes qu'elles ont soumises aux autorités européennes. Leurs démarches ont reçu l'appui de la Coface (Confédération des organisations familiales de la Communauté européenne) dont toutes trois sont membres.

### Allégations fantaisistes

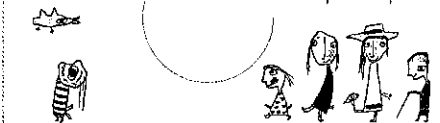
Le message publicitaire qui figurait sur l'emballage de *Tropicana Pure Premium* a attiré l'attention du BGJG: "Un verre de ce jus chaque matin apporte la dose de vitamine C recommandée par jour, est une bonne source d'acide folique et ne contient pas de matières grasses, peu de sodium et pas de cholestérol".

Evidemment! Aucun jus de fruit ne contient de matières grasses ou de cholestérol... Contactée, l'entreprise a refusé de donner plus de renseignements en se basant sur la confidentialité des informations. Or la loi d'avril 1988 relative à la publicité pour les denrées alimentaires interdit de laisser croire qu'un produit de marque a des propriétés particulières si les produits semblables possèdent les mêmes caractéristiques. Le BGJG a donc soumis le dossier à l'Inspection des denrées alimentaires. Celle-ci a fait savoir à l'association que la firme va changer son message publicitaire.



## Santé communautaire et promotion de la santé :

Les acteurs et leurs pratiques



avec le soutien du Ministère de la Communauté française



# Précarité sociale, précarité sexuelle

**L**a précarité affecte la vie affective et sexuelle comme elle affecte tous les autres domaines de la vie. Les intervenants sociaux sont donc amenés à reconstruire la confiance en soi dans ce domaine aussi. Une enquête de l'asbl Repères identifie leur rôle et ses limites. Les personnes qui vivent dans des conditions précaires sont quelquefois amenées à vivre des rencontres amoureuses et des relations sexuelles dans des circonstances précipitées et sans possibilité de recul. Ainsi, les jeunes qui vivent en homes, les jeunes « des rues »

Les intervenants professionnels qui travaillent avec ces personnes doivent les amener, dans ce domaine comme dans d'autres, à restaurer une certaine estime de soi, développer une image plus positive d'elles-mêmes, négocier sans se faire rejeter. Un tel travail, difficile et exigeant, suppose une réflexion et une démarche spécifiques. C'est le travail de l'asbl Repères. Depuis des années, elle forme des professionnels relais spécialisés en éducation pour la santé et plus spécifiquement à la vie amoureuse et/ou sexuelle.

que les travailleurs se font de leur travail et de leur rôle, de leurs compétences et de leurs limites.

Les résultats de l'enquête viennent d'être publiés. Ils mettent en évidence toute la complexité de la problématique. Les intervenants associent les difficultés relationnelles des jeunes et leur passé marqué par l'instabilité et les carences affectives, l'abandon, la contrainte. Ils éprouvent donc un sentiment d'impuissance face aux situations à gérer et expriment des difficultés à situer leur rôle dans l'indispensable travail de requalification à mener avec ces jeunes. Premier constat pour l'asbl: pour être adéquate, l'action des intervenants suppose la capacité de prendre suffisamment de distance avec leurs propres histoires, leurs valeurs et leurs références. De plus si, à titre individuel, les intervenants sont sensibles à la prise en compte de la santé sexuelle des personnes qu'ils encadrent, les institutions ont généralement fort peu intégré formellement la prise en charge de ces problématiques. Celles, assez rares, qui ont réussi à formaliser ces questions, constatent des effets largement positifs. C'est l'un des aspects les plus féconds de l'enquête. Il devrait déboucher sur des démarches concrètes: nécessité de définir l'enjeu de l'implication institutionnelle et les conditions à mettre en œuvre pour un questionnement institutionnel. Essentiel, mais délicat.

Enfin, les résultats de l'enquête montrent le besoin d'articuler le travail des professionnels de terrain avec l'intervention de personnes et de structures reconnues dans le domaine de la santé sexuelle. Les prochaines étapes de la recherche-action devraient permettre d'identifier les pistes d'action nécessaires pour rencontrer ces besoins cruciaux. A.M.P.

Renseignements: Repères asbl, rue de la Sarriette 19, 1348 Louvain-La-Neuve. Tél.: 010 - 45 73 31.

Plus grave, le cas d'un produit laitier, *In'Pulse*. Le message publicitaire affirme que les sphingolipides qu'il contient favorisent l'échange cellulaire et facilitent l'élimination des cellules mauvaises. L'allégation sanitaire est claire. Elle suggère qu'une personne menacée par le cancer ou atteinte par la maladie à son premier degré peut contribuer à la combattre en ingérant ce produit. Le Bond contacte l'entreprise qui refuse de répondre à ses questions en se réfugiant elle aussi derrière la confidentialité des informations.

L'association avertit donc l'Inspection des denrées alimentaires en invoquant la loi d'avril 80 qui interdit de suggérer un effet thérapeutique dans la publicité pour denrées alimentaires.

Depuis lors, l'Inspection a averti le BGJG que l'entreprise concernée a décidé de cesser la vente du produit.

## Infractions à la législation

Autre cas, autre infraction à la législation: la publicité pour le produit amincissant *Diane fat killer*. Elle promet aux utilisateurs la perte de deux à quatre kilos par semaine jusqu'à l'obtention du poids idéal et d'une silhouette sexy. Cette fois, le Bond saisit l'Inspection pharmaceutique. En effet, la loi de mars 64 modifiée en octobre 98 interdit de mentionner dans la publicité le nombre de kilos que l'on peut perdre. L'Inspection constate que le produit est bel et bien un médicament, même s'il n'est pas enregistré comme tel en Belgique. Mais l'action est toujours en cours car le nom exact du fabricant et l'adresse de la firme ne sont pas officiellement connus. Seul le numéro d'une boîte postale figure sur l'emballage.

Les associations française et autrichienne ont fait le même genre de constat: allégations fantaisistes voire mensongères et infractions à la législation.

"Grâce à tous ces produits, nous serons en grande forme. Nous recevons tout ce qui est indispensable pour être en bonne santé et dont, soi-disant, nous manquons, remarque l'Union féminine civique et sociale. Mais comment savoir si nous avons besoin de cette vitamine? Si le fer contenu dans le produit est réellement assimilable par notre organisme? Ces allégations sont sensées nous aider à mieux nous nourrir. En fait, elles risquent de nous embrouiller l'esprit, de nous entraîner vers une alimentation encore plus déséquilibrée et d'aboutir à une augmentation des obésités".

## En connaissance de cause

Les trois associations s'opposent donc à de telles allégations si elles ne sont pas associées à un programme d'information sérieux sur la nutrition. Une telle information permettrait aux consommateurs de sélectionner les produits dont ils ont besoin en connaissance de cause. Consommation responsable et éducation pour la santé vont donc de pair, ici, comme souvent. Le BGJG, l'Union et Kinderfreunde ont formulé des propositions concrètes qu'elles ont soumises à la Commission européenne :

- mise en place d'un règlement précisant les allégations autorisées et interdites en fonction des produits. Ces listes seraient placées sous l'autorité de la future Autorité alimentaire européenne et de l'Agence européenne du médicament (EMA). Elles seraient mises à jour annuellement et accessibles à tous;

- création d'un sigle officiel européen certifiant la véracité des allégations, la conformité du produit et le lien entre l'allégation et le produit fini. Ce sigle serait suivi d'un numéro d'identification. Il serait obligatoire pour toute nouvelle allégation;
- création par les Etats membres d'une instance chargée de délivrer ce sigle. Elle serait composée de scientifiques (médecins, nutritionnistes, pharmaciens, toxicologues...), de juristes, de sociologues et de spécialistes du marketing ainsi que de représentants des associations de consommateurs.

Anne-Marie Pirard

Renseignements: Coface, rue de Londres 17, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 - 511 41 79. Fax: 02 - 514 47 73.

## Résister à la surconsommation

"Les industries agroalimentaires et les laboratoires qui, par ailleurs, font des recherches sérieuses en nutrition, se sont lancés dans une surenchère publicitaire" remarque l'Union féminine civique et sociale, membre de la Coface. Ce matraquage revêt les formes les plus diverses. Souvent, les entreprises utilisent des arguments pseudo-scientifiques et plus ou moins fallacieux (voir ci-contre). Parfois aussi, elles se servent des découvertes réellement scientifiques des recherches de pointe qu'elles financent pour manipuler l'opinion.

Le matériel "éducatif" réalisé par certaines grandes entreprises est une forme de publicité indirecte particulièrement prisée par les entreprises pour se donner une image de qualité et de sérieux. Et en faire retomber le bénéfice sur les produits qu'elles commercialisent...

*Mars incorporated* est l'un des maîtres de cette technique. La firme dont le slogan publicitaire combat "le coup de barre" associe intelligemment son label avec l'univers du sport prisé par ceux qui le pratiquent et, peut être plus encore, par ceux qui le regardent! Elle a édité divers brochures et dépliants sur ce thème porteur: "Sport et nutrition", "Athlétisme: bien manger pour gagner", "Cyclisme: bien manger pour mieux rouler", "Chocolat: vrai ou faux?"...

Tous sont cautionnés par des scientifiques et de qualité irréprochable.

Comme sont irréprochables, à en croire la marque, les ingrédients sélectionnés pour la fabrication des fameuses barres chocolatées. Pour autant, en manger dix par jour n'est pas conseillé pour devenir sportif de haut niveau...

Explicite ou insidieuse, la publicité envahit tous les domaines et incite à la surconsommation. Le réseau Eco-consommation rappelle qu'il est possible de résister à ce raz-de-marée et de s'orienter vers des achats plus sains et plus durables. Différents outils peuvent être utilisés dans ce but: des autocollants qui refusent la publicité dans les boîtes aux lettres aux plaintes envoyées au Jury d'éthique publicitaire ou au Conseil supérieur de l'audiovisuel en passant par la liste Robinson qui permet de ne plus recevoir de courrier personnalisé, de fax ou d'appels téléphoniques à finalité commerciale.

Renseignements: Permanence du Réseau Eco-consommation. Tél.: 071 - 300 301 de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30. Site web: [www.ecoconso.org](http://www.ecoconso.org)



© PHOTONews / Bert van den Broucke

sont plus exposés que les autres au multipartenariat. Les conditions de telles rencontres sont peu propices à la négociation de moyens de prévention dont le manque de moyens financiers rend en outre l'achat difficile. Enfin, les conditions de vie de ces personnes les mènent plus que d'autres à adopter des conduites à risque comme la prostitution occasionnelle, l'échange de seringues, etc. La précarité affecte donc la vie affective et sexuelle comme elle affecte tous les autres domaines de la vie.

Le concept de santé sexuelle est encore assez peu usité. Fidèle à l'esprit de la santé communautaire, Repères comprend la santé comme une ressource, ou plutôt un ensemble de ressources, que les individus et les collectivités qu'ils forment peuvent mobiliser pour accéder au bien-être. Afin de remplir toujours mieux sa mission, l'asbl a mis sur pied un ambitieux travail de recherche-action. Première étape, une enquête réalisée dans 21 institutions en mars 2000. Objectif: cerner la perception et les représentations

# Approche communautaire de la santé et inégalités sociales

Politique de santé • santé communautaire • participation • empowerment

**L**a récente présidence belge de l'Union européenne m'a donné l'occasion de mettre en chantier avec mes collègues des autres Communautés –la Communauté flamande et la Communauté germano-phoné– une des problématiques que nous considérons comme prioritaire depuis plusieurs années.

En effet, comme Ministre de la Santé, j'ai souhaité faire de la prise en compte des inégalités en matière de santé une priorité impérieuse de la politique de Promotion de la santé de la Communauté française. Cette dimension est clairement exprimée dans le programme quinquennal de Promotion de la santé et dans ma déclaration de politique de santé.

## Pourquoi retenir cette priorité?

Quelque définition que l'on donne de la santé (on sait bien aujourd'hui qu'on ne peut la réduire à l'absence de maladies), c'est bien d'un droit qui s'applique à tous qu'il s'agit. Or, d'évidence, tout le monde n'est pas égal devant la santé, en terme de qualité de vie et de bien-être.

Un souci d'équité et de justice sociale est donc certainement un élément fondamental de ce choix. En la matière, ce sont les valeurs qui doivent guider les choix de société et les politiques.

Parmi ces facteurs qui déterminent de façon significative la santé, la précarité sociale, socio-économique est un des facteurs, si pas le facteur déterminant.

Les *Rencontres européennes sur l'approche communautaire de la santé et les inégalités sociales* nous ont fourni l'occasion d'envisager quelle définition on peut donner à la précarité socio-économique, ainsi que la corrélation avec d'autres facteurs comme le niveau d'éducation ou l'environnement culturel.

Le constat ne souffre plus de discussion. Il est confirmé par plusieurs études récentes. Ainsi, les inégalités sociales face à la santé apparaissent dans la plupart des domaines abordés par *L'enquête de santé par interview*, réalisée dans notre pays pour la

première fois en 1997, et répétée l'an dernier (les résultats sont attendus pour l'automne 2002).

Les personnes défavorisées adoptent plus souvent des comportements néfastes pour leur santé: plus grande consommation de tabac et d'alcool, alimentation moins saine, moins d'activités physiques de loisir...

Les politiques de prévention sont assez égalitaires en matière de vaccination mais le sont moins lorsqu'il s'agit de prévenir des complications cardio-vasculaires ou de dépister un cancer. A l'égard du sida (connaissance des modes de contamination et de protection, pratique du test), les inégalités sociales sont beaucoup plus inquiétantes.

Ces inégalités ont une conséquence sur l'état de santé général. Dans les groupes aux niveaux de revenu et d'instruction faibles, les gens s'estiment en moins bonne santé, formulent plus de plaintes de santé, sont plus souvent dépressifs et sont plus souvent limités dans leurs activités suite à des maladies ou accidents. Par contre, on ne compte pas plus d'affections chroniques au sein de ces groupes.

Ces différences ne semblent pas avoir d'importantes conséquences directes sur la consommation de soins. On observe peu d'inégalités en ce qui concerne la fréquentation d'un généraliste et d'un spécialiste. La consommation de médicaments ne présente pas non plus de grandes différences sociales, si ce n'est pour les médicaments non prescrits qui sont bien plus utilisés par les gens privilégiés. L'accès aux soins dentaires est par contre nettement plus lié à l'appartenance sociale.

Plusieurs auteurs (Evans, Renaud) affirment que si l'on veut améliorer l'état de santé de nos populations, il s'agit d'investir massivement dans l'amélioration des conditions sociales des populations les moins favorisées.

A la suite de cela, plusieurs institutions en Europe ont développé une réflexion, puis plus récemment publié des résolutions ou des recommandations en cette matière.

## C'est en osant la participation citoyenne qu'on pourra en estimer les capacités.

Ainsi, la Commission européenne propose un nouveau plan communautaire de santé publique qui intègre la notion de déterminants de santé et notamment les déterminants sociaux, qui en appelle à davantage de transversalité dans les programmes et invite à mobiliser l'ensemble des compétences des Traités pour s'engager dans la réduction des inégalités en matière de santé.

L'OMS Région Europe vient également d'adopter à Madrid en septembre dernier des résolutions visant à ce que les Etats membres se mobilisent activement dans ce même but.

Comme on le voit, notre initiative ne s'inscrit évidemment pas dans un terrain vierge.

## Comment mettre en œuvre une politique de réduction des inégalités en santé?

La promotion de la santé est un processus qui permet à l'individu et aux collectivités d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et par là d'améliorer celle-ci en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. Elle vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.

On dit qu'au royaume des aveugles, le borgne est roi: à trop vouloir dépister, diagnostiquer et traiter, on finit par oublier que la santé n'est pas l'affaire exclusive des professionnels de soins ni d'un seul Ministère. A trop vouloir responsabiliser les individus quant à leur mode de vie personnel, on finit par oublier que ces modes de vie sont eux-mêmes largement déterminés par l'environnement social, économique et culturel!

## Collaborer avec les personnes concernées

La faisabilité d'une démarche centrée sur le pouvoir d'agir repose en bonne partie sur la contribution active et continue des personnes concernées. Cependant, on pourrait douter de la participation effective des personnes que l'on veut aider. En effet, elles ne sont peut-être pas disposées à donner du temps pour coopérer à un projet, quelle que soit l'étape. En fait, cet obstacle ne peut exister que si l'action a été conçue de manière traditionnelle. Par conséquent, si les personnes concernées ont participé à la décision du changement et à sa volonté de réalisation, la probabilité de leur implication sera d'autant plus grande. Toutefois, lors de la mise en place, il faudra veiller à développer des pratiques de concertation compatibles avec leurs conditions de vie, leurs compétences et leur expérience. Ainsi, il est illusoire de demander à des personnes peu scolarisées de participer à des réunions où le jargon technique empêcherait la bonne communication, par exemple. Par contre, on pourrait envisager l'utilisation d'un vocabulaire plus courant ou des réunions sous d'autres formes.

## Limites de l'approche

Ces quelques pistes de réflexions ne doivent pas faire oublier que l'on ne peut pas transmettre, par un enseignement ou des techniques particulières, un vécu de pouvoir d'agir, ni en donner aux gens. L'approche n'est pas non plus uniforme, ni en ce qui concerne le temps qu'elle requiert, ni dans ses modalités. Ces éléments varient en fonction des contextes et des personnes. La mission du professionnel consiste à faciliter ce processus en contribuant à réunir les conditions de son émergence. *«L'approche centrée sur le pouvoir d'agir n'est pas non plus une solution miracle: les problèmes ne disparaissent pas parce que les personnes sont placées au centre de l'intervention. Ce qui change, c'est qu'au lieu de faire partie du problème, l'intervenant contribue au développement de sa solution.»*<sup>15</sup>

Si les changements espérés mettent du temps à se manifester de manière stable, c'est justement parce que l'action est centrée non pas sur la personne, mais sur la situation. Les personnes ne sont plus stigmatisées. Ceci fait que l'application est plus restreinte et délicate dans un contexte d'intervention en autorité. De plus, cette méthode est personnellement très exigeante, car elle demande une remise en question perpétuelle de ses propres valeurs. Le professionnel doit

pouvoir se dégager du rôle central qu'il est habitué à assumer et sortir de la logique unilatérale «aidant-aidé».

## Conclusion

«Changer le monde au quotidien»: tout un programme! L'approche centrée sur le pouvoir d'agir apporte des pistes de changement... Non pas magiquement, mais au contraire en se fondant sur trois principes bien concrets: prendre le temps, partager le pouvoir et les expertises, et collaborer avec toutes les personnes concernées. Non par de grands projets trop ambitieux, mais plutôt par une suite d'actions se déroulant de proche en proche, à petit pas, pour favoriser leur réussite et encourager leurs auteurs.

De plus, pour Yann Le Bossé, l'approche centrée sur le pouvoir d'agir, «*outre le fait qu'elle permet de dépasser les dualismes*

## Les quatre axes de pratiques à garder en mémoire

### 1 Adoption de l'unité d'analyse «acteur en contexte»

Si le terme «contexte» signifie un ensemble d'éléments qui déterminent une situation où il existe des éléments incapacitants, le mot «acteur» quant à lui renvoie au caractère dynamique et engageant de la personne aidée. De cette façon, les intervenants ne parlent plus du «public cible», mais de «situations à risque».

Ces situations comprennent les personnes qui en sont la cible. Le changement ne se fait pas uniquement sur le plan individuel, mais aussi contextuel. Les problématiques sociales sont des réalités complexes qui nécessitent autant des changements structurels que des compétences individuelles. Donc, la personne doit être acteur de sa vie et l'intervenant doit être en mesure de favoriser ses compétences.

### 2 Implications des personnes aidées dans la définition des problèmes et des solutions

Chaque acteur du projet possède sa propre expertise. Ainsi, pour ne pas faire de gâteau avec la moitié des ingrédients, les concepteurs de l'action se rendent compte qu'ils ont également besoin de l'expertise de chacun (bailleurs de fonds, planificateurs, concepteurs, intervenants, personnes aidées...). Cela demande de pouvoir renoncer à une solution disponible si elle n'est pas acceptable pour la

*propres aux pratiques sociales traditionnelles (personnes/groupes; liberté/fraternité;...), offre l'opportunité de redéfinir la relation entre les professionnels et les personnes concernées en donnant à ces dernières la place qu'elles auraient dû toujours occuper.»*<sup>16</sup>

Barbara De Coster

Adresse de l'auteur: Cultures Et Santé, chaussée de Mons 130, 1070 Bruxelles.

15 - LE BOSSE Y. Empowerment et pratiques sociales: illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux. In: Nouvelles pratiques sociales, vol 9, n8 1, 1996, pp. 127-140.  
16 - LE BOSSE Y., 1996, Ibidem.  
17 - Ninacs (1995), cité dans: LE BOSSE Y. et DUFORT F. L'approche centrée sur le pouvoir d'agir: une autre façon d'intervenir, in DUFORT F., GUAY J. (sous la direction de). Agir au cœur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2001.

personne. Dans le cas contraire, la solution risque de ne pas être appliquée ou de manière inefficace.

### 3 Introduction d'une démarche de conscientisation (interdépendance des facteurs)

Selon Ninacs<sup>17</sup>, il existe trois types de conscience:

- la conscience collective: «je ne suis pas le seul à avoir le problème»;
- la conscience sociale: «les problèmes individuels ou collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée»;
- la conscience politique: «les solutions passent par un changement social».

Les personnes concernées doivent avoir conscience de tous les éléments qui contribuent à leurs difficultés. L'intervenant doit donc être prêt à soutenir des actions qui visent à produire un changement dans le milieu, à la mesure de ses moyens et en fonction de son contexte.

### 4 Prise en compte des contextes d'applications

Il faut être conscient qu'il n'existe pas de solutions en kit, celles-ci étant dépendantes des contextes. Il est donc important de négocier la façon dont le programme va être appliqué en fonction des particularités de contextes et du profil des personnes accompagnées.

le suffixe «Ment» qui indique la présence d'un produit, d'un résultat.

«Empowerment», au sens littéral du terme se définit donc comme un «mouvement d'acquisition de pouvoir qui produit un résultat tangible». Cela se traduit concrètement par «la capacité des personnes à exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour elles, leurs proches et leurs communautés»<sup>10</sup>.

Les premières traces de l'usage de ce mot remontent aux premiers colons aux États-Unis d'Amérique. Il est également utilisé dans un contexte organisationnel pour désigner le potentiel d'initiatives dont disposent les employés. Dans le cadre des pratiques sociales, ses premières utilisations remontent aux mouvements féministes du début du XXe siècle aux États-Unis.

Dans ce contexte des pratiques sociales, «l'utilisation de ce terme est généralement associée à un pouvoir instrumental personnel et collectif qui vise à exercer un plus grand contrôle sur sa réalité (ex: accès aux ressources, participation aux décisions,...). (...) L'empowerment est en quelque sorte une tentative d'élargir le champ des actions possibles du point de vue tant des ressources personnelles (ex: l'habileté à la communication) que de celle de l'environnement (ex: accès à des services adéquats, à un logement convenable). C'est donc d'un pouvoir d'agir dont il s'agit, d'un pouvoir d'initier ou de contribuer au changement souhaité»<sup>11</sup>.

Deux éléments se distinguent dans cette notion:

- la cible de changement (ce qui est important pour les personnes ou les communautés);
- le moyen de production de ce changement (l'acquisition d'un plus grand contrôle).

### La cible de changement

Comme évoqué ci-dessus, l'adoption d'une action centrée sur le pouvoir d'agir met en avant le principe d'expertise expérimentielle<sup>12</sup>: les personnes aux prises avec un problème sont les mieux placées pour définir la nature de leurs besoins et des solutions compatibles avec leur situation. Chacun est l'expert de sa vie. Cependant, une telle affirmation n'exclut pas la contribution des professionnels et autres bailleurs de fonds à la définition de ce problème.

### Le moyen de production du changement

Une fois que la cible du changement fait consensus, il convient de déterminer les moyens d'actions à privilégier. Si cette démarche est un premier pas, elle ne suffit pas. En effet, la sélection des méthodes d'intervention va être influencée, notamment par la disponibilité des ressources.

Pour cela, il apparaît pertinent de faire en sorte que les personnes visées par le changement soient également celles qui le conduisent. La démarche de l'intervenant se modifiant alors pour leur fournir les ressources nécessaires ou en faciliter l'accès.

L'intervenant devient alors un agent de changement démultiplicateur de compétences, agissant dans de nombreux contextes. Pour maximiser au mieux les compétences des personnes concernées, il est souhaitable d'agir par de petites actions concrètes successives et qui ont de grandes chances de réussir. En effet, agir de la sorte permet de diminuer la probabilité d'échec et donc d'augmenter le sentiment de compétence.

### Trois principes fondamentaux

#### Prendre le temps

Tant dans la définition de la cible du changement que dans la mise en œuvre des moyens d'actions, il est important de prendre tout le temps nécessaire. D'ailleurs, comme le souligne Biarnes (1998): «Il vaut mieux prendre le temps de créer les conditions d'un changement effectif plutôt que de prendre le risque d'imposer un échec supplémentaire aux personnes concernées»<sup>13</sup>. En effet, cette approche favorise l'enracinement du changement sur du long terme.

A l'opposé, l'approche préventive de l'éducation pour la santé, basée sur les principes du marketing social, emploie des stratégies de communication de masse: presse, T.V., campagnes d'affiches, etc. Celles-ci sont la plupart du temps éphémères.

D'après Brieger et Ramakrishna, «l'un des facteurs qui différencie le marketing social des autres stratégies axées sur l'individu est l'échelle d'intervention. En effet, il tente de transformer l'individu à l'échelle de la ville, de la région, de l'Etat ou du pays». Les auteurs avancent également que «le

marketing social est inadapté lorsque des obstacles structurels importants s'opposent au changement chez l'individu (...). Le marketing social ne convient pas non plus dès lors que les efforts et les ressources du seul individu sont insuffisants pour parvenir au comportement désiré»<sup>14</sup>.

L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir préconise que l'on prenne le temps de créer un espace de négociation pour toutes les personnes concernées par la situation qui fait problème. Ceci parce qu'elles sont les expertes de leur situation et qu'elles connaissent bien les conditions de vie dans lesquelles elles vont devoir opérer le changement visé. Si elles prennent le temps de participer à la définition du problème qui les occupe, leur volonté d'action n'en sera que plus considérable... et la maxime «de la discussion jaillit la lumière» prendra tout son sens.

#### Partager le pouvoir et les expertises

Comme évoqué précédemment, chaque acteur impliqué dans le changement connaît d'une part les enjeux auxquels il doit faire face et, d'autre part, possède sa propre expertise de son milieu de vie. Pour construire un projet qui s'inscrira dans la durée, il est préférable de favoriser la négociation entre les différents acteurs afin que chacun puisse faire valoir son point de vue. Chaque acteur devra classer ses enjeux par priorité et en laisser tomber certains pour arriver à un consensus solide à la fin de la négociation. C'est le consensus établi par tous les acteurs en présence qui permettra de faire avancer le projet.

Cette démarche est à différencier de la consultation populaire. Dans ce cas, si les acteurs du programme veulent connaître le point de vue des futurs usagers, cela n'implique aucun partage effectif du pouvoir de la définition et de la réalisation du changement.

<sup>10</sup> - Définition proposée par Monsieur Le Bossé dans le cadre de son intervention, le 22 mai 2001. Notons également la similitude avec la définition de la Promotion de la Santé par l'OMS en 1986, lors de la charte d'Ottawa: « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé ».

<sup>11</sup> - LE BOSSE Y. et DUFORT F., 2001, ibidem

<sup>12</sup> - Versus l'expertise professionnelle.

<sup>13</sup> - BIARNES (1998) cité dans LE BOSSE Y. et DUFORT F., ibidem, 2001.

<sup>14</sup> - BRIEGER W.R., RAMAKRISHNA J. Education sanitaire: le marketing social n'est pas une panacée.

in: Forum Mondial de la Santé, vol 8, 1987, pp. 414-417.

Une des dimensions de notre travail sera donc bien de restaurer les responsabilités des différents secteurs et acteurs de la vie sociale par rapport à l'impact des inégalités sociales en matière de santé. Comment décideurs politiques, professionnels de la santé et acteurs de terrain, personnes et collectivités concernées par ce problème peuvent-ils s'emparer de cette question? Quelle réponse sont-ils en mesure d'y apporter? Comment les démarches des uns et des autres se complètent ou s'interpellent-elles, voire se contestent-elles?

Un premier accent des journées européennes fut celui d'une appréhension assez globale des mécanismes et réalités des inégalités sociales en santé. Les questions suivantes ont été abordées: quels indicateurs paraissent devoir être retenus? Quelles conclusions peut-on tirer des programmes de recherche en la matière? Comment repositionner le champ de la santé dans celui du développement social? Quels sont les leviers du changement social?

La seconde polarité, sans doute la plus spécifique de ce colloque, fut celle du terrain et de l'action communautaire.

Elle représente un angle de vue et un type de stratégie d'intervention sur l'environnement social et politique parmi d'autres.

Cette dimension a été développée au cours d'échanges entre des promoteurs de programmes qui, à travers l'Europe, cherchent à travailler à la réduction des inégalités en matière de santé à travers des actions de développement communautaire. Ces programmes ont été analysés sous quatre facettes:

- la participation du public précarisé comme acteur. Comment aller à sa rencontre?
- la définition des problèmes (le diagnostic). Comment en percevoir l'expression complexe?
- qui sont les acteurs de la pièce? Comment s'organise la gestion des temps, des pouvoirs, des rapports de force? Quelle pertinence pour le travail intersectoriel ou le travail en réseau?
- la formation des professionnels, des populations et du monde politique à un transfert du pouvoir d'agir. Quel rapport avec les modes de représentations socioculturelles de la précarité de la santé?

On se trouve là à des niveaux de grande proximité par rapport aux lieux d'émergence des problèmes, où la participation des publics concernés peut être envisagée dans l'analyse des situations, dans l'élaboration des solutions ou dans le constat de carences, ou encore dans la nécessité d'interpellation et dans l'évaluation de cette démarche.

Il y a là des laboratoires de développement social et de démocratie participative qui me paraissent devoir être explorés par une expérimentation réelle. Quelle efficacité et quelle pertinence pour les démarches communautaires et locales? Quelle capacité de retisser du lien social et quel impact positif sur la santé? Quel risque d'étouffer (si l'action communautaire est interprétée sur le mode de la rustine sociale) ou quelle possibilité de soutenir des dynamiques de changement social?

C'est en osant la participation citoyenne qu'on pourra en estimer les capacités. C'est en donnant du pouvoir et de la capacité d'agir qu'on pourra estimer la possibilité pour les individus et les collectivités, en particulier, les publics précarisés, de devenir acteurs de leur santé.

Le «penser global, agir local» est entré dans les slogans de l'actualité. Il me semble que l'équation devrait pouvoir se lire de façon dialectique et dans les deux sens. Il y a à reconnaître d'une part la qualité de la pensée locale - et la contribution majeure qu'elle peut représenter dans la compréhension des problématiques - et d'autre part la nécessité globale d'agir, par exemple en mobilisant transversalement les compétences interministérielles autour de la précarité. Ou, autre exemple, en transposant des moyens du secteur curatif vers celui de la promotion de la santé et de la prévention.

### Les deux priorités de la Communauté française

Pour ma part, je compte bien consolider un travail en réseau en Communauté française, articulé avec les initiatives européennes. Cette articulation se fera tant au niveau des expériences de terrain sur le plan communautaire qu'au niveau du développement du plan communautaire européen de santé publique. Je continuerai également de travailler à des procédures d'interpellations trans-sectorielles.

La Communauté française insiste en particulier sur les deux points suivants. La mise en œuvre des programmes de santé publique proposés par la Direction générale de la Santé publique de la Commission

européenne. Cette dernière établira ainsi un nouveau programme d'action communautaire qui veillera à agir sur les déterminants de la santé grâce à la prévention et la promotion de la santé. Ce programme veillera à avoir recours à tous les pouvoirs du Traité dans ce domaine.

La Communauté française, via son Programme quinquennal, vise de la même façon à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.

L'engagement dans la réduction des inégalités en matière de santé peut se manifester:

- par des politiques positives favorisant la solidarité au sein de la population, l'intégration sociale des personnes âgées ou handicapées, etc.;
- par des mesures visant à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes de population ou à lutter contre l'exclusion sociale.

La valorisation du rôle de la promotion de la santé dans le traitement des inégalités en matière de santé par la surveillance. Cela peut se traduire concrètement en:

- développant des directives pour la collecte des données et en établissant une coordination au niveau européen;
- encourageant les législations qui viennent soutenir le programme de réduction des inégalités dont les objectifs sont décidés aux niveaux local et national;
- favorisant le développement communautaire par l'identification et l'utilisation des approches de développement communautaire pour mettre en œuvre localement les cibles nationales de santé;
- soutenant l'évaluation par la diffusion des modèles de «bonne pratique» d'approches méthodologiques et de méthodes d'évaluation pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé;
- en créant et soutenant des occasions de partager l'information par le biais de réseaux et autres moyens au niveau local, national et européen.

Un fameux chantier en perspective!

Nicole Maréchal, Ministre de la Santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles  
Adresse de l'auteur: rue Belliard 9-13, 1040 Bruxelles.

# Le rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités

**B**ien que le système de soins de santé soit bien développé dans la plupart des pays d'Europe occidentale, les spécialistes et les professionnels des soins de santé sont de plus en plus conscients du fait que le fossé ne cesse de se creuser dans le domaine de la santé entre les groupes défavorisés sur le plan socio-économique et les groupes plus favorisés.

En raison du contexte socio-économique difficile dans lequel elles évoluent, les personnes socialement défavorisées sont davantage sujettes aux maladies mais sont moins à même de solliciter ou de recevoir des soins de santé adaptés. Dans les groupes défavorisés sur le plan socio-économique, le poids à la naissance des enfants tend à être inférieur à celui de la moyenne de la population et leur durée de vie est plus courte. Dans ces groupes, les périodes d'hospitalisation ont tendance à être plus fréquentes et plus longues que chez les personnes dont les revenus sont plus élevés.

En cas de maladie mortelle, les chances de survie des personnes socialement défavorisées tendent à être plus faibles que la moyenne. De nombreux problèmes de santé que rencontrent les personnes défavorisées peuvent être directement liés à des facteurs tels qu'une alimentation de mauvaise qualité, une consommation de tabac et d'alcool élevée, des conditions de logement inadéquates, le chômage, un environnement professionnel dangereux, une sécurité quasiment inexistante et le stress. En raison de leur santé médiocre, les personnes socialement défavorisées ont souvent plus de difficultés à être des membres productifs de la société, la mauvaise santé devenant un facteur important d'exclusion sociale.

La sécurité sociale joue un rôle déterminant pour ce qui est de proposer un remède aux inégalités sociales dans le domaine de la santé. Il demeure toutefois indispensable de s'attaquer également au problème à titre préventif. Il faut pour cela recourir à des stratégies efficaces de promotion de la santé visant

spécifiquement les personnes socialement défavorisées. Dans ce cadre, l'Institut flamand pour la promotion de la santé (VIG) a mis sur pied un projet de recherche étalé sur deux ans en collaboration avec le Réseau européen des agences promotrices de la santé (ENHPA). Ce projet s'est achevé par un séminaire d'experts internationaux sur le "Rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé".

## Recommandations pour une politique constructive<sup>1</sup>

Les facteurs sociaux ayant un impact considérable sur la santé des populations, l'amélioration de la qualité de la vie de tous les citoyens européens ne passe pas seulement par l'amélioration des systèmes de soins de santé, mais aussi par la reconnaissance de l'impact des politiques sociales et de l'environnement social sur la santé publique. Dans ce contexte, le Conseil des ministres de la santé recommande la mise en place de politiques actives et coordonnées en vue de la réduction des inégalités sociales dans le domaine de la santé.

## Politique à mettre en oeuvre

### Au niveau national

Définir et promouvoir des objectifs nationaux et régionaux pertinents dans le domaine de la santé, qui tiennent compte des facteurs déterminants pour la santé afin de réduire les inégalités dans ce domaine.

Intégrer les facteurs déterminants pour la santé dans d'autres domaines d'action aux niveaux national, régional et local afin de réduire les inégalités dans le domaine de la santé (importance de la politique intersectorielle).

Mettre en place une procédure d'interpellation des ministres de la santé et un organe de surveillance "pour des politiques publiques saines", en tenant compte de l'impact des mesures économiques et sociales sur la santé publique.

### Au niveau local

Appuyer et encourager le développement de la collectivité, qui est une des manières de procéder pour réduire les inégalités dans le domaine de la santé.

Pour être efficace, le développement de la collectivité requiert l'intégration des services locaux, la mise en place d'équipes pluridisciplinaires et l'élaboration d'approches par domaines, des évaluations bien conçues des besoins dans des cadres différents, la participation de la collectivité et des partenariats, éléments essentiels pour obtenir des résultats durables. Dans ce contexte, il importe d'appuyer l'élaboration de programmes d'action communautaire intégrés (intersectoriels) et de programmes de développement durables dans les quartiers défavorisés; de créer les conditions propices à une mise en œuvre efficace de ces programmes pour ce qui est de la participation de la population et de la mobilisation de la société; d'assurer une évaluation appropriée de l'impact de ce processus. Il est également essentiel de renforcer les programmes éducatifs et de permettre aux personnes d'exercer leur citoyenneté et de prendre leur destin en main en améliorant leur situation et leur qualité de vie (responsabilisation).

### Accès aux services de santé

Réduire les obstacles, accroître et assurer l'accès à des soins de santé et à des services de prévention efficaces et leur utilisation par les groupes socialement défavorisés et vulnérables (par exemple, les migrants défavorisés, les jeunes et les enfants, les personnes âgées).

Fournir les informations adaptées pour permettre aux personnes défavorisées d'utiliser les services de manière optimale et réorienter l'organisation des services afin que les groupes défavorisés puissent y accéder plus facilement.

<sup>1</sup> - Ces recommandations sont fondées sur les conclusions finales du séminaire d'experts sur le rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé - Parlement européen - 28 et 29 septembre 2001 et des "Rencontres européennes: approche communautaire de la santé et inégalités sociales" - Palais des Congrès - 19 et 20 octobre 2001.

Prenons un exemple issu des pratiques sociales au Québec.

« Dans un quartier où réside une majorité de familles à faibles revenus, une équipe du CLSC - Centre Local de Services Communautaires (qui pourraient en certains points être comparés aux CPAS, ndlr) constate que sur le territoire qu'elle dessert, le pourcentage de bébés de petit poids est nettement supérieur à la moyenne. Or, cette situation peut avoir un impact sur l'incidence et la prévalence des maladies infantiles et sur certains problèmes de croissance. Les intervenants décident donc de mettre en place un programme préventif auprès des futures mamans du quartier afin qu'elles puissent bénéficier d'une information de base sur les besoins nutritifs d'une femme enceinte et d'une meilleure alimentation pendant leur grossesse. Après des mois d'efforts pour obtenir le financement nécessaire, l'équipe est en mesure d'offrir ce nouveau service. Or, malgré une importante campagne d'affichage dans les lieux publics et plusieurs démarches d'informations dans le quartier, très peu de femmes enceintes répondent à l'appel de l'équipe du CLSC. De plus, il apparaît que la majorité de celles qui se présentent utilisent les suppléments fournis à leur intention pour nourrir les autres membres de la famille (...)»<sup>9</sup>.

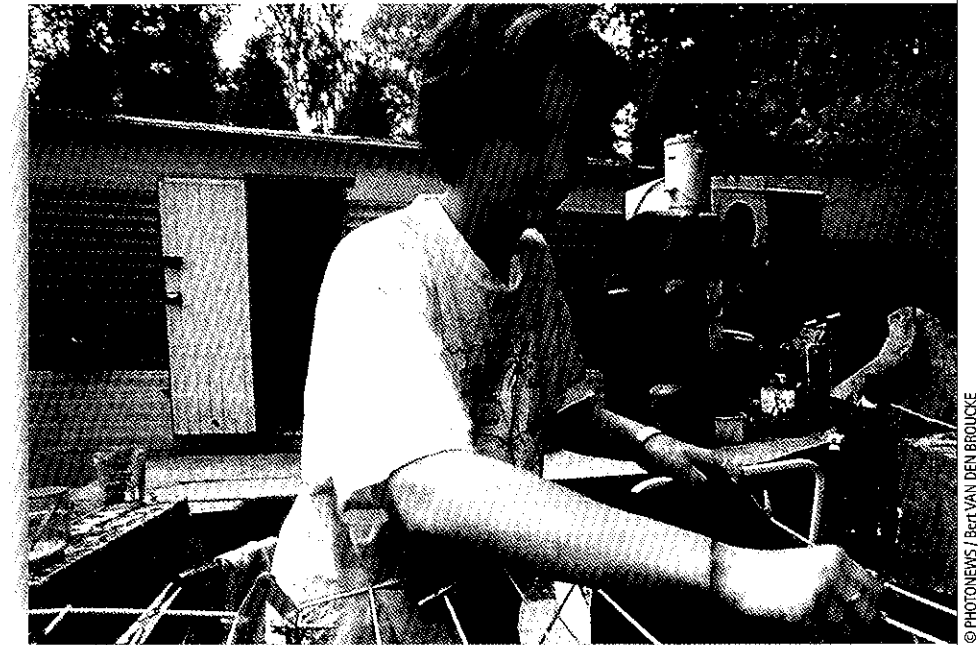
Dans cet exemple, il est aisé d'imaginer ce processus de «double victimisation»: «elles ne profitent pas des suppléments alors que nous savons qu'elles en ont besoin». Besoin, le mot est à nouveau lâché: le besoin de qui? Sous quel point de vue faut-il considérer l'initiative?

Pour sortir de ce carcan, les intervenants doivent être prêts à sortir de leur point de vue pour envisager celui des personnes concernées.

Dans notre exemple, le projet mis en place l'a été sous l'angle de la santé publique. En fait, les intervenants s'interrogent sur les carences éventuelles des futures mamans et mettent en place un programme pour les réduire. Il n'est évidemment pas question de nous en indigner, mais plutôt d'entamer une réflexion sur «pourquoi ne pas mettre en présence tous les acteurs impliqués dans le changement afin d'être sûr de prendre en considération tous les aspects du problème et des solutions envisagées?».

## Les enjeux des uns font-ils les affaires des autres?

En règle générale, dès la mise en place d'un projet, plusieurs enjeux sont implicitement présents:



- idéologiques: par exemple, donner plus d'autonomie;
- socio-économiques: par exemple, réduire les coûts de prise en charge;
- socio-sanitaires: par exemple, diminuer l'incidence de tel problème;
- scientifiques: par exemple, développer une connaissance rigoureuse;
- administratifs et organisationnels: par exemple, optimiser la gestion du programme, harmoniser les objectifs du programme avec les pratiques de l'institution,...
- de l'intervenant: par exemple, produire des changements qui confirment le sentiment de compétence;
- de la personne qui reçoit de l'aide: par exemple, que la situation qui fait problème soit résolue de manière viable à moyen et à long terme

Bien entendu, chaque enjeu n'a pas le même pouvoir d'influencer la finalité et les modalités du programme. Généralement, les enjeux de ceux qui disposent des fonds et du pouvoir décisionnel pèsent plus lourd dans la balance que ceux des personnes qui composent plus directement avec le problème. Cependant, chaque acteur seul ne peut avoir conscience que des enjeux qui lui sont propres, ceux des autres lui étant a priori étrangers.

Dans la mise sur pied d'une action, trois éléments sont importants à prendre en compte:

- la définition du problème et des solutions en fonction des différents enjeux;

- la demande formulée par les personnes aidées;
- la conception que les intervenants se font du problème.

Dès lors, il devient important de favoriser l'implication de toutes les personnes concernées, non seulement dans la définition de ce qui constitue un problème pour eux, mais également dans la prise en compte des solutions envisageables.

Nous allons voir plus loin que cette façon d'agir diffère de la manière traditionnelle en ceci qu'elle ne se fonde pas sur les carences individuelles ou collectives, mais bien sur les forces et les compétences en présence.

Afin de mieux comprendre l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir, nous vous proposons un retour aux sources de ce concept.

## L'empowerment ou le développement du pouvoir d'agir: donnons du sens à nos pratiques

Dans la langue anglaise, le mot «empowerment» est un terme commun qui signifie un gain de pouvoir.

Ce mot est un composé des éléments suivants:

le préfixe «Em» qui traduit l'expression d'un mouvement,

le radical «Power» qui signifie pouvoir,

<sup>9</sup> - LE BOSSE Y. et DUFORT F., 2001, ibidem, p. 95.



# Pouvoir d'agir et pratiques sociales : changer le monde au quotidien

**D**ans le cadre de séminaires intitulés «De l'analyse à l'action pour des environnements favorables à la santé de personnes socio-économiquement défavorisées», organisés par Cultures et Santé et Question Santé, une première intervention était consacrée au thème suivant: «Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités en milieux défavorisés: une alternative crédible».

Pour développer ce thème, nous avons invité Monsieur Yann Le Bossé, psychosociologue spécialisé en psychologie communautaire et professeur au Département des Fondements et des Pratiques en Education de l'Université Laval à Québec.

En voulant s'attaquer aux causes socio-économiques des inégalités de santé, à qui n'est-il pas arrivé de se sentir démuni devant ce qui apparaît comme une tâche trop complexe ou trop lourde? De plus, même dans le travail communautaire, les résultats sont exigés de plus en plus vite et on en attend des effets magiquement durables! Or, tous ceux qui privilégient l'approche communautaire savent combien elle demande de patience et de ténacité. Ce qu'elle vise, ce ne sont pas forcément des résultats immédiats, mais surtout une modification à long terme des façons de parvenir à ces résultats. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DEPAPC), développée dans cet article, propose de tenter d'étayer et de systématiser les pratiques de terrain que ce soit dans le domaine social, de la promotion de la santé ou dans d'autres contextes sociaux. Mais y a-t-il vraiment quelque chose de nouveau à proposer?

## Ni policier, ni sauveur : quel est le pouvoir d'agir d'un intervenant ?

La plupart du temps, les intervenants ont tendance à se positionner dans une relation d'aide unilatérale envers les personnes concernées<sup>1</sup>. Ainsi, souvent, les modèles d'interventions ne sont pas construits d'après les besoins exprimés par les personnes

concernées, mais d'après ceux perçus par les intervenants. Soulignons cette réflexion de Sarason (1976): *J'ai été amené à comprendre que tout ce que les professionnels réussissent à faire avec la meilleure intention du monde, c'est de définir un problème de telle sorte que sa solution nécessite uniquement le recours à des professionnels, ce qui (étant donné le manque patent de ressources<sup>2</sup>) rend le problème insoluble<sup>3</sup>.*

Est-il acceptable pour un acteur de santé ou un travailleur social de mettre son expertise entre parenthèse pour valoriser celle de

**Généralement, les enjeux de ceux qui disposent des fonds et du pouvoir décisionnel pèsent plus lourd dans la balance que ceux des personnes qui composent plus directement avec le problème.**

l'Autre<sup>4</sup>? Cet Autre, responsable de sa vie et qui se voit enlever toute possibilité d'y prendre part, parce que celui qui est chargé de l'aider est sincèrement convaincu qu'il sait ce qui est bon pour lui!

Et si ce qu'on croit bon – pour nous – ne rencontre pas une demande? Et si, et si... Et si, au lieu de se perdre en hypothèses, on sortait de ce que Breton appelle la «monopolisation professionnelle<sup>5</sup> pour en arriver à une «harmonisation des attentes et des objectifs des différents acteurs (bailleurs de fonds, planificateurs de programmes, professionnels et membres d'une communauté)»<sup>6</sup>. Selon Le Bossé<sup>7</sup>, la volonté collective qui émergera de ce consensus deviendra suffisamment forte pour «soulever des montagnes», elles qui ne manquent pas de se dresser dans les tentatives de mobilisation d'une communauté.

Parallèlement à cette notion de «monopolisation professionnelle» se dessine celle de «double victimisation». En effet, lorsque l'intervenant se retrouve dans une situation où son projet n'atteint pas les objectifs qu'il s'était fixés, il peut être amené à faire des reproches à «son public», à lui en faire porter la responsabilité. Cela se traduit par des expressions comme «Après tout ce

qu'on a fait pour eux», «C'est à se demander si ces gens veulent bien être autonomes», «Quand on voit tous les services mis en place pour eux, ils ne les utilisent même pas»,... Pourtant, la performance du professionnel est, la plupart du temps, appréciée en fonction de sa capacité à résoudre le problème en lieu et place de la personne concernée!

Selon Le Bossé, la notion de double victimisation réfère aux «situations dans lesquelles les personnes concernées doivent faire face à une forme plus ou moins ouverte

d'hostilité de la part des professionnels chargés de les aider en plus d'être aux prises avec les difficultés propres à leur situation»<sup>8</sup>. Tout le monde est victime: l'intervenant, car il se sent trahi, et la personne aidée, parce qu'on lui ajoute un fardeau supplémentaire. Qu'en serait-il si tous les acteurs concernés par un problème s'asseyaient ensemble autour d'une table pour le définir de manière collective?

1 - LE BOSSE Y. et DUFORT F. L'approche centrée sur le pouvoir d'agir: une autre façon d'intervenir, in DUFORT F., GUAY J. (sous la direction de). Agir au cœur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2001, p. 94.

2 - Le manque de ressources financières, humaines,...

3 - SARASON, 1976, cité dans: LE BOSSE Y. Empowerment et pratiques sociales: illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux. In: Nouvelles pratiques sociales, vol 9, n° 1, 1996, pp.127-140.

4 - « L'Autre, c'est toute personne humaine, comme vous et moi, mais plus encore la personne socialement défavorisée, qui n'est « pas comme nous », l'immigré qui n'est « pas de chez nous ». Avec A majuscule pour dire qu'on l'identifie parmi tant d'autres », d'après IYAKAREMYE S. (et l'équipe de Cultures et Santé). L'éducation pour la santé avec la logique de l'Autre. Bruxelles, brochure, 1999, 28 p.

5 - LE BOSSE Y. et DUFORT F., 2001, ibidem.

6 - LE BOSSE Y. Maximiser la participation des parents au sein des initiatives communautaires: vers une nécessaire négociation des enjeux mutuels (article soumis à publication).

7 - LE BOSSE Y., op. cit.

8 - LE BOSSE Y. et DUFORT F., 2001, ibidem.

Encourager (la mise au point) des politiques permettant de réduire les obstacles financiers aux services de santé et maintenir les politiques élaborées en matière de santé dans le cadre de politiques sociales fondées sur l'équité et la solidarité.

## Données de base

### Surveillance

Favoriser la poursuite de la mise au point d'indicateurs et de systèmes de surveillance pour mesurer les inégalités dans le domaine de la santé. Plus précisément, on devrait disposer d'un plus grand nombre d'informations sur les facteurs déterminants pour la santé (comportement), tels que les facteurs structurels et l'éducation à la santé, et pas uniquement sur la mortalité et la morbidité. Ces informations devraient être regroupées par classe sociale, sexe, groupe ethnique, etc.

Assurer une gestion appropriée de ces informations en coopération avec toutes les parties concernées, y compris la population, et convaincre les décideurs de prendre ces informations en considération.

Instaurer une coopération au niveau européen pour accroître la comparabilité des données relatives aux inégalités en matière de santé et mettre au point des lignes directrices relatives à la collecte des données.

## Évaluation de l'incidence sur la santé

Encourager l'utilisation des évaluations de l'incidence sur la santé comme moyen efficace de lutte contre les inégalités en la matière.

## Évaluation

Encourager le recours à des approches méthodologiques appropriées pour évaluer les interventions en matière de promotion de la santé, visant à réduire les inégalités en matière de santé.

Assurer des ressources financières et une formation suffisantes en matière d'évaluation pour mieux connaître les méthodes permettant de lutter efficacement contre les inégalités dans le domaine de la santé.

Créer et promouvoir des moyens permettant de diffuser des modèles de bonnes pratiques, des approches méthodologiques fondées sur des données probantes, y compris l'évaluation.

## Diffusion

Prévoir des modalités efficaces d'échange d'informations sur la lutte contre les inégalités sociales dans le domaine de la santé, grâce à des conférences, des réseaux et d'autres moyens aux niveaux local, national et européen.



© PHOTONews / Catherine LAMBERT

Assurer la diffusion des informations et des recommandations sous une forme qui soit utile et utilisable par toutes les parties concernées.

Conseil de l'Union européenne, Bruxelles, 15 novembre 2001, 13505/1/01 REV 1.

D'après une note aimablement fournie à la rédaction par le Cabinet de Madame la Ministre Nicole Maréchal.

# Exclusion sociale, la définir pour en finir

**D**epuis les années 80, le terme d'exclusion sociale connaît un succès sans cesse grandissant dans le discours commun, politique, médiatique, voire sociologique. Un très large consensus semble ainsi s'être formé autour de ce "concept" censé être le plus approprié pour désigner l'ensemble des manifestations les plus extrêmes de la question sociale. Or, les mots que nous employons ne sont jamais neutres. Ils déterminent notre perception, notre compréhension et notre rapport au réel. Que signifie dès lors cet usage immodéré de la notion d'exclusion? Quelle compréhension de la question sociale tente-t-elle d'imposer et de légitimer?

Un récent ouvrage intitulé *L'exclusion, définir pour en finir* s'attache à ces questions. Son objectif: "faire passer l'exclusion du stade d'évidence au statut de question, de catégorie à penser – de catégorie à dépasser". Dans les lignes qui suivent, nous en retiendrons deux contributions: celles des sociologues Robert Castel et Saül Karsz. Toutes deux poursuivent en effet de façon assez complémentaire un objectif commun: décoder, déconstruire la notion d'exclusion afin de déterminer dans quelle mesure cette catégorie de la pensée sociale, devenue pour bon nombre d'entre nous un réflexe à la fois linguistique et théorique, imprègne la façon dont nous comprenons le fonctionnement et l'organisation de nos sociétés ainsi que la

manière dont nous envisageons nos possibilités d'actions.

En soumettant la notion d'exclusion à la critique, l'objectif poursuivi par ces deux auteurs ne consiste évidemment ni à nier ni à relativiser l'ampleur, la diversité et le caractère dramatique des disparités sociales existantes, mais vise au contraire à montrer en quoi l'emploi irréfléchi d'une telle notion – l'exclusion – nous contraint, bon gré mal gré, à adopter à l'égard des logiques de relégations sociales un jugement idéologiquement orienté qui, quand il ne

1 - L'exclusion, définir pour en finir. Sous la direction de Saül Karsz, avec Michel Autès, Robert Castel, Richard Roche, Monique Sassièr. Dunod, Paris, 2000.

contribue tout simplement pas à légitimer le *statu quo*, a des implications pour le moins problématiques.

## Une notion dangereuse

Selon Castel, la notion d'exclusion ou d'exclu(s) est à la fois une notion "molle" et "dangereuse"<sup>2</sup>. Notion "molle" d'abord, parce que très peu analytique. Sous l'étiquette "d'exclus" sont en effet rangées une multitude de trajectoires de vie individuelles et/ou collectives particulières: chômeurs de longue durée, jeunes des banlieues déshéritées, familles en situation de pauvreté, minimexés, enfants en décrochage scolaire durable... Or quelles similitudes ces trajectoires ont-elles entre elles? Qualifier l'ensemble de ces situations par le seul terme d'exclusion ne permet ni descriptions pointues ni compréhension en profondeur des logiques de relégation propres à chaque situation ou type de situation.

"Dangereuse" ensuite, parce que cette notion tend à figer des parcours en un ensemble de situations de fait, à les autonomiser en "situations - limites". *L'exclusion est immobile. Elle désigne un état, ou plutôt des états de privation*<sup>3</sup>. Dans cette perspective, que Castel qualifie de "substantialiste", l'exclusion porte en elle-même ses propres causes, le risque étant par conséquent de renvoyer aux "exclus" la responsabilité de leur propre situation. Or, l'ensemble des situations qualifiées d'exclusion ne peuvent acquérir de sens et donc devenir compréhensibles que si elles sont resituées dans des processus ou des dynamiques sociales dont elles ne sont que l'aboutissement ultime. Comme l'écrit Castel, *la condition faite à ceux qui sont "out" dépend toujours de la condition de ceux qui sont "in"*. Ce sont toujours les orientations prises aux foyers de décision - en matière de politique économique et sociale, de management des entreprises, de reconversions industrielles, de recherche de la compétitivité, etc. - qui se répercutent comme une onde de choc dans les différentes zones de la vie sociale<sup>4</sup>.

## Désaffiliation

Ce sont ces processus actifs de relégation, allant du centre à la périphérie du social, marqués par différents stades de vulnérabilité et de déstabilisation - pour l'essentiel dus à la dégradation du rapport salarial et à l'affaiblissement des protections s'y rattachant - qu'il s'agit d'identifier, décrire et analyser si l'on veut saisir l'exacte signification des situations "d'exclusion" et y

remédier au mieux. C'est la raison pour laquelle l'auteur propose la notion de *désaffiliation* censée, selon lui, mieux rendre compte de l'aspect dynamique de la question sociale et, surtout, lui rendre toute sa portée politique: envisagées comme l'aboutissement de parcours régressifs dont les causes sont à rechercher en amont, les situations de désaffiliation remettent en question l'ensemble de notre organisation sociale. *Il y a là*, écrit encore Castel, *une sorte d'effet boomerang par lequel les problèmes posés par les populations qui échouent aux bordures d'une formation sociale font retour vers son centre*<sup>5</sup>.

Ainsi, la notion d'exclusion prise dans son acception courante présente un piège pour la réflexion et pour l'action. Piège pour la réflexion puisqu'un découpage du social en catégories aussi simplistes qu'inclus / exclus, "in" et "out" ne nous permet pas de saisir comment ceux qui se situent dans la première catégorie produisent les seconds. A cela, on pourrait ajouter que ce type de catégorisation joue une véritable fonction d'occultation.

Un passionnant travail d'enquête publié il y a peu de temps et mené dix années durant par deux sociologues dans les usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard<sup>6</sup> en est une bonne illustration. Alors qu'on comptait en France encore près de 6,5 millions d'ouvriers en 1990, c'est-à-dire l'un des groupes sociaux les plus importants de la société française, les auteurs de l'enquête font remarquer que la question ouvrière fait l'objet depuis une quinzaine d'années d'un véritable refoulement collectif et politique, y compris à gauche, comme si évoquer le sujet était maintenant jugé totalement incongru.

Or, quels sont les résultats de leurs enquêtes? Une dégradation massive et catastrophique des conditions de travail causée par une "japonisation" radicale du management visant à briser toutes formes de résistances et d'actions collectives, par les exigences de production à flux tendu et de qualité absolue, par le blocage systématique de toutes formes de promotions professionnelles, par le recrutement quasi systématique de jeunes intérimaires payés au niveau du SMIC, par l'individualisation des contrats de travail, par les entreprises délibérées de dévalorisation de la symbolique du monde ouvrier,...

## Relégation

Ce "véritable drame", pour reprendre les auteurs, de la classe ouvrière reste pourtant étonnamment absent du débat public. L'explication résiderait notamment dans le

fait que, la crise s'approfondissant, de nouveaux découpages du monde social se sont imposés, un repositionnement de la question sociale s'est opéré (focalisant davantage l'attention publique sur les questions relatives à l'immigration, les banlieues, la très grande pauvreté...), qui ont progressivement recouvert la question ouvrière.

La classe ouvrière, malgré les nouvelles formes violentes d'exploitation et de vulnérabilité qu'elle subit, s'est pour ainsi dire retrouvée du jour au lendemain rangée du côté des "in" (ceux qui ont un emploi et, dans la vulgate libérale, des "avantages acquis"). De ce fait, l'attention publique s'est durablement détournée d'elle au point de la rendre pour ainsi dire invisible.

Piège pour la réflexion, la notion d'exclusion risque également de l'être pour l'action. Pour une première raison évidente: la "lutte contre l'exclusion" appelle rapidement des mesures de type caritatif ou assistanciel qui n'ont d'autres effets que de contenir la misère en la rendant plus supportable. À l'opposé, les politiques et initiatives d'insertion se sont fortement développées pour faire activement face aux divers phénomènes dits "d'exclusion". Si Castel les juge indispensables, il souligne toutefois un danger en quelque sorte inhérent à leurs modalités d'action: visant des publics qui ont déjà basculé ou qui en sont proches, il faut veiller à ce que les mesures d'insertion - d'ordre technique - n'économisent un effort d'ordre préventif et plus global - d'ordre politique - sur l'amont, au risque de laisser les logiques socio-économiques de précarisation (issues des exigences accrues de compétitivité, de rentabilité, de surqualification à l'embauche...) continuer à jouer à plein et que, pour les personnes "ciblées" - ceux-là même que J. Donzelot nomme les *normaux inutiles* -, l'insertion ne soit plus vécue à terme comme une *étape* par principe transitoire, mais comme un *état permanent*<sup>7</sup>.

## La bonne cible

C'est en ce sens également que la vigilance s'impose à l'égard de l'ensemble des dispositifs de lutte contre "l'exclusion"

2 - On retrouvera dans l'apport de Robert Castel un condensé des analyses qu'il a déjà développées sur le sujet dans son ouvrage *Les métamorphoses de la question sociale*. Une chronique du salariat, Paris, Éditions Fayard, 1995.

3 - Idem, p. 15.

4 - Idem, p. 21.

5 - Idem.

6 - Stéphane Beaud et Michel Pialoux. Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines de Sochaux-Montbéliard, Fayard, 1999.

7 - Les métamorphoses de la question sociale, p. 432.

répondant aux principes dits de discriminations positives. Si le fait de donner plus à ceux qui ont moins semble relever du bon sens, les actions sociales ciblées déployées par les mesures de discriminations positives présentent les mêmes ambiguïtés fâcheuses et les mêmes dangers potentiels que la catégorie sociale d'exclusion dont elles s'inspirent par ailleurs.

Outre le risque bien réel, et vérifié, de stigmatisation, les mesures de discriminations positives s'appliquent toujours aux marges des systèmes, aux zones officiellement qualifiées "d'exclusion", sur lesquelles elles concentrent l'essentiel de leurs efforts. De la sorte, elles s'interdisent d'influer de quelque manière que ce soit sur le centre de ces mêmes systèmes dont les (dys)fonctionnements sont pourtant à l'origine des dérives qu'elles tentent constamment de corriger.

Et pour peu que de telles *techniques* de rattrapages sociaux se transforment en *politiques* systématiques de lutte contre l'exclusion, voire de justice sociale, il y a alors fort à parier qu'une telle "politique" s'engage pour longtemps dans un cercle vicieux la contraignant à se nourrir elle-même de ses propres contradictions.

## «Dedans», «dehors» ou «hors-course»?

Selon Karz, cette fois, le succès de la catégorie d'exclusion sociale, *contemporain de la révolution conservatrice et de l'emprise grandissante du libéralisme*<sup>8</sup> peut s'expliquer notamment par son caractère à la fois polysémique, paradoxal et consensuel.

**Polysémique**: les situations particulières pouvant être rangées sous la catégorie d'exclusion sociale sont innombrables. C'est une catégorie à la fois trop riche et trop pauvre, sans rigueur et sans finesse, une catégorie «fourre-tout». C'est ce qui explique en partie son succès théorique et pratique.

**Paradoxal**: le terme d'exclusion sociale semble suggérer qu'il existe un *en dehors*, une extériorité du social, lieu indéterminé - et indéterminable - dans lequel auraient précisément basculé les exclus sociaux. Or, paradoxalement, pour être exclus, il faut être *dedans*. Un *en dehors* du social est à vrai dire difficilement pensable. Il ne peut à proprement parler y avoir d'exclusion sociale, mais il y a de l'exclusion *dans* le social, *dans* l'économique, *dans* la culture, *dans* la consommation... Les places ne manquent en définitive pour personnes, seule une certaine catégorie de places manque, et en particulier les places dominantes. Dire que les exclus

sociaux sont exclus dans le social, c'est reconnaître qu'une place leur est assignée et qu'ils y remplissent une fonction, ont leur utilité: *ils seraient "hors course", comme on dit, en oubliant que si la course suppose des coureurs, elle comporte aussi des arbitres, des parieurs, des spéculateurs et des profiteurs, des spectateurs assis ou debout sur des gradins, eux-mêmes classés par catégories de confort et de prix, des vestiaires, la pelouse à entretenir, le ménage à faire, le crottin des chevaux à ramasser, etc. Ne pas ou ne plus être dans la course n'interdit nullement d'en faire partie, les perdants étant essentiels aux gagnants, ne serait-ce qu'en termes de comparaison et de référence* ! En outre, croire les perdants "hors course", c'est concevoir celle-ci du point de vue des "battants", c'est-à-dire des dominants qui jouent à méconnaître les divisions et les conflits dont la dite course est le théâtre et où se trouvent les bases de leur domination<sup>9</sup>.

## Et les exclueurs ?

L'exclusion sociale, prise au pied de la lettre, est une catégorie mystificatrice: elle dédouane ou déresponsabilise pour ainsi dire le social de la question sociale, de ses incohérences, de ses conflits. Elle induit une conception d'un social pacifié, exempt de tous rapports de force, de concurrence, de domination, d'exploitation, de coercition, mais toutefois confronté au défi d'insérer dans son espace des populations qui, pour des raisons subjectives ou objectives, n'y auraient jamais eu accès. *Dans ce registre, on parle d'exclus, mais sans exclueur; plus d'acteurs, seulement des victimes*<sup>10</sup>.

Consensuelle enfin: la problématique de l'exclusion repose sur un principe philosophico-éthique fédérateur: inclus et exclus, au-delà des différences matérielles, économiques, politiques ou encore familiales qui les séparent, partagent une humanité commune.

Ce principe humaniste fait de la problématique de l'exclusion une problématique dont la dimension est essentiellement morale. L'exclusion sociale est intolérable parce qu'elle bafoue la dignité humaine. L'exclu est par principe celui qui se trouve empêché de participer à l'humaine condition. Cet idéal d'humanité, référent éthique de la question de l'exclusion, a pour vertu proprement idéologique de ramener au second plan les déterminants socio-politiques de l'exclusion: si les intérêts immédiats des uns (exclus) et des autres (inclus) divergent, tous sont toutefois supposés vouloir partager la même société,

qui est la société intégrée des hommes. Il s'agit pour les premiers de pouvoir s'y insérer et pour les seconds de s'y maintenir ou d'assurer leur situation<sup>11</sup>.

Ce référent humaniste, principe opérateur de la question de l'exclusion et de son caractère consensuel, reste finalement vide de sens: *il n'explique pas grand chose de l'histoire individuelle et collective. On dit "humain" quand on ne peut pas, ou on ne veut pas, ou on n'a pas trop intérêt à dire ce qu'il s'agit d'analyser, ce qu'il s'agit de transformer ou de défendre. L'humain garanti que, la nuit, tous les chats sont gris*<sup>12</sup>.

## Trompe-l'œil

Ainsi, la catégorie de l'exclusion véhicule une conception globalisante de nos sociétés contemporaines dont les structures et régimes (notamment capitalistes), bien que perfectibles (il y a de l'exclusion) semblent indépassables. Elle s'inscrit dans le sillage du discours commun relatif à la fin des utopies socialistes et au caractère historiquement indépassable des démocraties libérales. Contrairement à la question sociale spécifique du capitalisme de la fin du XIXe siècle et de la première moitié du XXe siècle, la configuration de la question sociale par la catégorie de l'exclusion ne s'inscrit plus dans le cadre du conflit entre capital et travail, entre exploités et exploités, mais d'un "côté à côté" pacifique (si ce n'est quelques émeutes et fièvres sociales somme toute éphémères) entre "in" et "out" voulant *in fine* la même société tout simplement parce qu'aucune autre ne saurait exister.

Et S. Karz de résumer comme suit la reformulation de la question sociale que la catégorie d'exclusion s'emploie à imposer. *Ramené à sa plus simple expression, cela donnerait: société capitaliste (du passé) = lutte des classes = projet révolutionnaire pour les uns, projet conservateur pour les autres; société (capitaliste) contemporaine = exclusion pour certains = insertion pour tout le monde, avec contrat d'insertion pour les défaillants*<sup>13</sup>.

## Frédéric Ligot

Article paru le 15 octobre 2001 dans la revue bimensuelle *Démocratie*, et reproduit avec son aimable autorisation

8 - L'exclusion, définir pour en finir, p. 103

9 - Idem, p. 124

10 - Alexandre C., Entre assistanat et solidarités, Cahiers de l'Atelier, janvier-février 1996. Cité par l'auteur.

11 - Si ce n'est pas la même société qu'ils veulent, ce ne sont plus des inclus ou des exclus mais, par exemple, des classes sociales, p. 137.

12 - L'exclusion, définir pour en finir, p. 139.

13 - Idem, p. 145.