

**UNIVERSITE DE PROVENCE**

**AIX – MARSEILLE I**

**DEPARTEMENT DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

**HÔTEL-DIEU , 1, Avenue de Verdun  
13410 LAMBESC**

**DIAGNOSTIC DE SANTE COMMUNAUTAIRE**  
**SUR**  
**UN RESEAU D'ÉDUCATION PRIORITAIRE**

*D.E.S.S. – MASTAIRE : PROMOTION DE L'ÉDUCATION A LA SANTE*

**Mémoire réalisé sous la direction de :**

**Monsieur Vincent BONNIOL**

**et**

**Monsieur Fernando BERTOLOTTO**

**Soutenu par :**

**Sylviane LERONDEAU**

**Lambesc 2001-2002**

## *Remerciements*

*Si l'être humain est un « être d'affectivité, de passions et de délires »<sup>1</sup>, comme le dit Edgar MORIN, c'est-à-dire à la fois « sapiens et demens », je pense que la démarche que j'ai entreprise en septembre 2001, n'a plus aucun rapport avec la définition de la Sagesse du monde antique, synonyme de « vie raisonnable ».*

*C'est avec le recul que la démarche se concrétise et devient « sapiens et demens » !*

*Je remercie tout particulièrement ma famille, mon mari et mon petit garçon pour leur patience et leur collaboration au cours de ces « longs » mois.*

*Merci à Monique Peirano-Puppione, Annie Casano, Madame Magnan, Noémie Bonifas, Sylvaine Roustan, pour leur précieuse collaboration,*

*Elisabeth Ingénito, pour sa disponibilité,*

*Brigitte Mathieu, Laurent Huon, et Patrick Sebbaghi pour leurs conseils en informatique,*

*Christiane Mattéi, pour sa compétence de secrétaire avertie,*

*Bernard Lerondeau pour sa mission d'expert en orthographe,*

*Chantal Masségli, pour le « coup de pouce de l'extrême » !*

*Christine Madsen pour son aide à la relecture et son anglais,*

*Et tous ceux qui m'ont accompagnée dans cette entreprise ardue et sans l'aide de qui je n'aurais pu aller au bout de ce travail.*

---

<sup>1</sup> MORIN E., Amour, poésie, sagesse édition du seuil, paris 1999

**« ...De même qu'il faut de la souffrance pour  
connaître le bonheur, il faut de la prose pour  
qu'il y ait de la poésie... »**

**Edgar MORIN**

*Amour , Poésie, Sagesse, 1997*

*à Bernard et Istvan*

*à Vali,*

*à Fanny*

## SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<i>Avant- propos</i>	1
<i>Introduction</i>	3
<b>1 - <u>Présentation du cadre de l'étude</u></b>	<b>4</b>
<i>1.1. Les concepts théoriques</i>	4
1.1.1. Définition de l'O.M.S	4
1.1.2. La Charte d'Ottawa	4
1.1.3. La santé communautaire, la communauté, le réseau	7
1.1.4. Le diagnostic de santé communautaire	8
1.1.5. Education à la santé	9
<i>1.2 Les acteurs</i>	11
1.2.1. Le Réseau d'Education Prioritaire	11
1.2.2. Le Comité Départemental d'Education à la Santé	13
1.2.3. Le Développement Social Urbain	14
<i>1.3. Les contrats qui lient les acteurs entre eux</i>	15
1.3.1. Le PRS et le PRAPS	15
1.3.1.1. Le P.R.S.	15
1.3.1.2. Le P.R.A.P.S.	17
1.3.2. Le Contrat De Réussite (CDR)	18
1.3.3. Le Contrat Educatif Local et la Politique de la Ville	20

<b><u>La Problématique</u></b>	<b>22</b>
<b>2 - <u>Les Constats de notre enquête</u></b>	<b>23</b>
<b>2.1. <i>Le projet et la méthodologie</i></b>	<b>23</b>
<b>2.1.1. La méthodologie</b>	<b>23</b>
<b>2.1.2. Le questionnaire</b>	<b>24</b>
<b>2.1.3. La population</b>	<b>25</b>
<b>2.1.4. Analyse et critiques</b>	<b>25</b>
<b>2.2. <i>Les représentations de la santé</i></b>	<b>27</b>
<b>2.2.1. Par les médicaux</b>	<b>27</b>
<b>2.2.2. Par les sociaux</b>	<b>28</b>
<b>2.2.3. Par les professionnels de l'Éducation Nationale</b>	<b>28</b>
<b>2.3. <i>Les constats et les besoins de la population</i></b>	<b>29</b>
<b>2.3.1. <i>Les principaux constats</i></b>	<b>30</b>
<b>2.3.1.1. Par les sociaux</b>	<b>30</b>
<b>2.3.1.2. Par les médicaux</b>	<b>30</b>
<b>2.3.1.3. Par les professionnels de l'Éducation Nationale</b>	<b>31</b>
<b>2.3.2. <i>Les besoins prioritaires</i></b>	<b>31</b>
<b>2.3.2.1. Par les sociaux</b>	<b>31</b>
<b>2.3.2.2. Par les médicaux</b>	<b>32</b>
<b>2.3.2.3. Par les professionnels de l'Éducation Nationale</b>	<b>32</b>
<b>2.4. <i>Le partenariat et le réseau</i></b>	<b>33</b>
<b>2.4.1. <i>Le partenariat</i></b>	<b>33</b>
<b>2.4.1.1. Par les médicaux</b>	<b>33</b>
<b>2.4.1.2. Par les sociaux</b>	<b>34</b>
<b>2.4.1.3. Par les professionnels de l'Éducation Nationale</b>	<b>34</b>
<b>2.4.2. <i>Le réseau</i></b>	<b>36</b>
<b>2.4.2.1. Par les médicaux</b>	<b>36</b>
<b>2.4.2.2. Par les sociaux</b>	<b>36</b>
<b>2.4.2.3. Par les professionnels de l'Éducation Nationale</b>	<b>37</b>

<b>3 - <u>Analyse et perspectives</u></b>	<b>38</b>
<b>3.1. Objectifs spécifiques</b>	<b>38</b>
3.1.1. Prévention, éducation à la santé	38
3.1.2. Les déterminants de santé et les besoins fondamentaux	39
3.1.3. Renforcer la légitimité des actions mises en place	41
3.1.4. Le Réseau : utilisation des ressources identifiées lors du diagnostic	41
<b>3.2. Objectifs opérationnels</b>	<b>42</b>
3.2.1. Participation de la population	42
3.2.2. Réponses aux situations d'urgence	43
3.2.3. Rappel des règles et des lois	44
3.2.4. Sollicitation des partenaires et articulation des différentes politiques de santé	45
<i>Conclusions</i>	<b>46</b>
<i>Bibliographie</i>	<b>49</b>

### *Avant propos*

Après une licence de psychologie à Aix en Provence et un bref passage comme animatrice en préformation professionnelle, j'ai décidé d'une réorientation vers l'ergothérapie.

Depuis 1982 je suis ergothérapeute et mon expérience professionnelle s'est limitée à la rééducation et à la réadaptation fonctionnelle.

Je suis actuellement en poste dans un Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle qui dépend de l'UGECAM (Union de Gestion des Etablissements de la Caisse d'Assurance Maladie), depuis 12 ans.

Mon parcours professionnel m'a « emmenée », pendant 3 ans dans un département d'Outre Mer (la Réunion), puis de retour à Marseille, j'ai intégré une association régionale s'occupant d'aides techniques pour personnes handicapées, le C.R.E.E.D.A.T., (Centre Régional d'Exposition d'Essais et de Documentation sur les Aides Techniques).

Cette expérience m'a appris à regarder la personne handicapée dans sa globalité. Le vécu d'une personne en situation de handicap est très variable. La gravité des incapacités ne présume pas uniquement de l'évolution défavorable d'une situation. Certains ayant un handicap lourd arrivent à dépasser leurs difficultés, alors que d'autres s'enfoncent dans la dépression pour un taux d'incapacité moindre.

Les missions d'évaluations, de conseils et d'informations qui m'incombaient m'ont obligée à prendre en compte une multitude de données concernant aussi bien l'aspect psychologique, ou physiologique, que familial ou environnemental.



La prise en compte de cette complexité a été un très bon apprentissage pour la suite de mon parcours professionnel et en particulier pour cette formation.

A la recherche d'une nouvelle orientation, une amie m'a fait découvrir le département des Sciences de l'Education de Lambesc.

Ce domaine présentant un grand intérêt pour moi, j'ai demandé un congé individuel de formation, qui m'a été accordé.

Mon premier stage m'a initiée à ce que je croyais être de « l'Education à la Santé » et qui n'était, en réalité, que de la transmission d'informations médicales.

De nombreuses questions se sont posées à moi par rapport à la prévention, à l'éducation, à ma pratique de soins et aux valeurs culturelles sous-jacentes.

Au hasard de mes recherches et en quête d'un second stage de formation, j'ai rencontré une personne dépendant des équipes de Développement Social Urbain et en charge de la thématique Santé sur deux arrondissements de Marseille. Cette personne, formée à la santé globale et à la santé communautaire, a accepté de me prendre en apprentissage.

La Santé Communautaire a tout de suite suscité mon engouement à cause du regard nouveau qu'elle propose et de la prise en compte des multiples aspects d'une même situation qui faisait « écho » à ma pratique professionnelle.

J'étais séduite par l'idée qu'un changement de comportement était nécessaire face à la santé et à la complexité des enjeux, d'autant plus que j'étais dans une période d'insatisfaction grandissante par rapport à mon environnement professionnel habituel.

## **Introduction**

Le travail que je vais vous présenter est la synthèse d'une année d'étude, d'un cheminement de trois stages et d'un long travail de découverte et de recherche.

Ce mémoire est donc l'aboutissement d'une étude dans le domaine de la santé communautaire.

La santé communautaire, concept nouveau pour moi, considère la santé de façon globale. Ce concept s'appuie sur l'idée que la santé est une ressource de vie quotidienne, que l'individu est responsable de son devenir et qu'une collaboration entre la population et les professionnels médicaux, sociaux ou éducatifs est capitale.

En participant aux actions développées dans le cadre d'un réseau de santé de proximité, la population contribue, non seulement à son bien-être personnel et à celui de la communauté, mais aussi au développement socio-économique de cette communauté.

C'est un moyen d'assurer un plus grand contrôle sur la santé des populations et d'améliorer celle-ci.

En premier lieu, je donnerai un aperçu des concepts et du cadre qui sous-tendent notre étude : la notion de communauté, de santé communautaire, de diagnostic, de partenariat et de Réseau.

Nous parlerons d'un Réseau d'Education Prioritaire (autrement nommé R.E.P.), et des objectifs de l'Education Nationale pour améliorer la coordination et le suivi des élèves dans ces zones sensibles, ainsi que de la coordination de Réseau.

En second lieu, je présenterai la méthodologie du projet, les critiques que nous avons formulées au cours du travail et l'analyse des résultats de l'enquête.

Il s'agit donc d'un diagnostic de santé communautaire sur le R.E.P. Saint-Louis, situé dans le XV<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille.

La commande de ce diagnostic a été initiée par la coordinatrice R.E.P., le C.O.D.E.S. 13 (Comité Départemental d'Education à la Santé) conjointement avec l'agent territorial, en charge de la thématique Santé à la politique de la ville et faisant partie d'une équipe D.S.U. (Développement Social Urbain).

Il est important de signaler que nous étions deux stagiaires pour faire ce travail. Je me suis plus particulièrement intéressée au milieu de l'Education Nationale, aux enseignants, aux écoles, collège et lycées, aux parents et aux élèves, tandis que l'autre étudiante a consacré son temps aux professionnels sociaux, médicaux et aux habitants

Notre recherche a été effectuée en étroite collaboration et sous la responsabilité de nos tuteurs de stage. Nous avons croisé ensuite nos résultats pour avoir une idée plus précise de la dynamique existante sur ce territoire.

En dernier lieu, je souhaiterai présenter les perspectives que m'a ouvert cette formation et le projet professionnel qui en découle.

D'une part les réflexions consécutives à l'analyse de ce diagnostic, d'autre part les objectifs opérationnels pouvant être mis en place, dans le cadre d'un partenariat avec les institutions, les professionnels et les habitants qui le souhaitent.

Il me paraît capital, à la lumière de la pyramide de Maslow, de revenir aux besoins fondamentaux des individus. On ne peut pas demander à un enfant de se concentrer sur l'apprentissage de la lecture s'il a le ventre vide, par exemple.

Des actions peuvent être mises en place en fonction de la réalité de terrain, notamment dans certaines écoles. Par exemple, des actions d'éducation à la santé ciblées sur l'hygiène ou la nutrition, en même temps que la recherche de solutions pour la réalisation concrète de ces activités : des lavabos, du savon et de quoi s'essuyer les mains.

La satisfaction des besoins élémentaires constitue la base fondamentale sans laquelle une action ne peut avoir un développement favorable à la santé, continu et durable.

La précarité des habitants de cette zone, nécessite la participation de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'aspect social ou l'environnement des cités, qui peuvent consécutivement agir sur la qualité de vie.

Cette collaboration permet d'établir des priorités pour la vie quotidienne, mais aussi de rappeler les droits et les devoirs de chaque citoyen faisant partie du quartier.

L'amélioration de la santé des populations participe à l'évolution de la qualité de vie des habitants, de même que la qualité de vie a une incidence sur la santé des individus.

Dans le même temps, l'aspect du développement socio-économique deviendra plus dynamique, plus harmonieux, plus satisfaisant pour tous.

Ce diagnostic de santé est aussi l'occasion pour chacun d'apprendre à se connaître, à s'entraider et à développer la solidarité des habitants entre eux, des professionnels entre eux ou entre la population et les professionnels.

Cette manière de considérer les habitants comme partie indispensable au développement et à l'amélioration de la santé, bouscule bien des représentations professionnelles ou culturelles dans tous les domaines.

Découvrir les ressources sociales, économiques ou culturelles d'un quartier favorise les liens, aide à la transmission de l'information et développe un sentiment de mieux être et de sécurité.

Il me semble que le réseau de santé de proximité peut aider à l'amélioration du bien être et de la santé, pour un quartier ou une communauté et dans cette optique, il est nécessaire d'être au plus près de la population.

# **1 - Présentation du cadre de l'étude**

## ***1.1 Les concepts théoriques***

### **1.1.1. Définition de l'O.M.S**

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), donne la définition suivante de la santé : c'est un « *état de complet bien être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

De cette hypothèse va découler une autre manière de penser la santé des populations dans le monde et changer lentement les représentations des individus.

La santé est considérée comme une ressource de vie quotidienne et non comme le but de la vie. Elle est le bien être de tous.

Cette définition, qui a aujourd'hui 56 ans, aurait besoin de prendre son véritable sens pour tous. Elle a pourtant été établie et reconnue officiellement par un groupement de partenaires internationaux.

Elle ouvre la voie à des représentations différentes de celles actuellement en cours et permet d'avoir une vision plus large et plus ouverte de la vie.

Agir sur la santé, c'est aussi bien, prendre en compte l'état sanitaire de la population que considérer son environnement social ou environnemental.

On peut agir sur la santé chaque fois que l'on s'engage dans une action qui prend en compte un des facteurs liés au bien être d'un individu.

### **1.1.2. La Charte d'Ottawa<sup>2</sup>**

En 1986, la Charte d'Ottawa propose une approche globale de la promotion de la santé. « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. ».

« La santé est perçue comme une **ressource de vie quotidienne** et non comme le but de la vie... », « ...elle dépasse les modes de vie sains, pour viser le bien-être. ». C'est « une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel. ».

---

<sup>2</sup> Les dossiers de la SANTE de l'homme, édition du CFES, dossier n°325, septembre/octobre 1996, Vanves

Réciproquement, les déterminants sociologiques, économiques, culturels, éducatifs et environnementaux, notamment, conditionnent directement ou indirectement la santé d'un individu.

« Les individus ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. »<sup>3</sup>.

Ainsi, la promotion de la santé implique une action concertée de tous les intervenants sanitaires, sociaux, éducatifs, économiques, culturels et de façon générale de tous ceux qui participent à la vie de la cité, du quartier, ...

La difficulté, mais aussi la richesse de cette concertation, résident dans la diversité des représentations et des compétences de chacun de ces intervenants.

C'est en particulier cette richesse individuelle et collective qu'utilise l'éducation pour la santé, en favorisant la communication et l'élaboration de projets communs, dans le respect des spécificités et des cultures de chacun.

Elle contribue ainsi à diminuer la distance entre les intervenants et à en faire des partenaires dans un souci de partage et de compréhension mutuelle.

Elle inscrit quatre déterminants comme étant indispensables à la santé : **la paix, un abri, de la nourriture et un revenu.**

Cette charte, adoptée lors d'une conférence internationale, est adoptable par toute communauté qui veut agir en direction de l'amélioration de la santé de la population.

Elle vise le bien être pour tous, aujourd'hui et se développe dans l'idée de ne pas nuire aux générations futures.

### **1.1.3. La Santé Communautaire**

Ce modèle de santé est un modèle dynamique d'action collective qui permet de rassembler des connaissances multiples et complexes sur un environnement, des personnes ou des situations.

Il diffère des autres modèles, par l'implication de la population qu'il propose, l'esprit participatif et la solidarité qu'il suggère.

Le concept de santé communautaire vise la santé des populations, comme un processus complexe qui prend en compte aussi bien des déterminants internes (les maladies par exemple) qu'externes (c'est-à-dire les conditions de vie, de logement, de travail, d'éducation...).

Ce processus est basé sur l'idée que chaque personne d'une communauté est responsable de son bien-être et de sa santé. Elle doit devenir autonome et de fait, agit sur le bien-être du groupe, en participant à des actions de santé.

**La communauté** est « un groupe social dont les membres vivent ensemble ou ont des biens ou des intérêts en commun »<sup>4</sup>.

Elle est constituée par un groupe d'individus liés par des aspirations et des systèmes de valeurs communs. Elle peut avoir des limites géographiques (quartier, groupe d'immeuble par exemple). Ses membres n'ont aucune obligation les uns vis-à-vis des autres, mais partagent des valeurs communes et sont susceptibles d'organiser des actions ensemble, notamment en ce qui concerne la santé.

**Le partenariat** suppose des relations, donc un échange entre deux personnes au moins. « C'est le fait de mettre en commun des moyens, visant à réaliser un objectif commun »<sup>5</sup>.

Un partenaire peut avoir des compétences multiples, c'est ce qui fait la richesse du partage.

Il existe des relations différentes selon les partenariats : partage d'informations, de communications, de décisions, mais aussi des relations financières ou techniques.

Un partenariat existe lorsqu'il y a un projet commun et des objectifs clairement identifiés. Il suppose un engagement.

**Un Réseau** évoque une organisation, qui permet de communiquer, d'échanger, il est aussi un « tissage » de liens facilitateurs dans un contexte donné.

---

<sup>3</sup> ibid

<sup>4</sup> dictionnaire « le Petit Robert » édition 1982 Paris

<sup>5</sup> « vers un langage commun en éducation et promotion de la santé » contribution à un glossaire CORES juin 2000

Il regroupe un ensemble de partenaires.

Dans un réseau de santé de proximité, chaque membre a des valeurs communes, rattachées à l'idée de santé dans une vision globale.

#### **1.1.4. Le diagnostic de santé communautaire**

Le diagnostic de santé communautaire a pour but de faire une évaluation des constats et des besoins de la population dans un territoire donné.

Il cherche à faire une analyse la plus fine possible des ressources disponibles (d'un point de vue matériel et humain) et des problèmes inhérents à ce secteur, aussi bien en ce qui concerne les causes que les conséquences.

Cette démarche est l'occasion d'initier un processus de participation et de collaboration des habitants et des professionnels d'un quartier ou d'un territoire.

Cette étape est un instrument de connaissance mais aussi de changement, c'est la première étape d'une recherche - action.

Elle est capitale pour la mise en mouvement des acteurs de cette communauté et la dynamique locale.

Le principe fondamental de ce modèle est donc de considérer le diagnostic comme « un instrument visant à modifier des situations problématiques, à concevoir et à conduire un processus de changement »<sup>6</sup>.

Ces différents concepts ne peuvent être utilisés sans être complétés par des précisions au sujet de la définition de l'éducation à la santé.

#### **1.1.5. Éducation à la santé**

Pour moi l'éducation à la santé s'apparentait à une information médicale. Je me suis aperçue qu'elle était nécessaire mais pas suffisante, qu'elle dépendait de nombreux facteurs et que d'autres enjeux se jouaient là, pour qu'une éducation soit réussie.

---

<sup>6</sup> in : « le diagnostic de santé communautaire 3 » Colloques « Santé Communautaire » organisé en octobre 1998, collection santé communautaire et promotion de la santé, Bruxelles- Capitale



L'éducation à la santé est liée à la notion de développement, de processus qui suppose que la personne prend elle-même l'initiative et la responsabilité d'apprendre.

D'autres facteurs doivent donc être pris en compte, comme ceux liés à la personne elle-même, à sa motivation, à son intérêt, aux bénéfices que l'individu peut tirer de cet apprentissage, mais aussi à la finalité de sa démarche ou aux enjeux de pouvoir de l'éducateur et de celui à éduquer.

Jacques BURY<sup>7</sup> classe les définitions de la santé en trois types : celles relatives aux informations, celles qui visent la modification du comportement et celles qui insistent sur la motivation et la participation de l'individu.

Au sujet de l'éducation à la santé<sup>8</sup>, il souligne l'importance de la pédagogie par rapport aux contenus des informations. Il soulève la nécessité de prendre en compte les méthodes les plus appropriées pour transmettre les connaissances, les aptitudes éducatives et la difficulté pour les élèves de faire « le lien » entre ce qu'ils apprennent et leur vie personnelle.

K. TONES,<sup>9</sup> quant à lui insiste sur le libre arbitre des personnes face aux apprentissages et au savoir.

Jean Claude MANDERSCHIED<sup>10</sup>, pense que l'éducation à la santé doit aider le sujet à « vouloir, pouvoir et savoir choisir de façon responsable, libre et éclairée ».

J'adhère à cette conception avec une précision complémentaire: les individus, aujourd'hui sont de plus en plus en dehors des systèmes et ne peuvent même pas se trouver en position de « pouvoir » tant leur situation est précaire.

---

<sup>7</sup> BURY J. Education pour la santé, enjeux, planifications. Savoir et Santé 1988

<sup>8</sup> in « introduction à l'éducation à la santé » Cours DESS Santé Module éducation du patient M 21

<sup>9</sup> GREEN J., TONES K., MANDERSCHIED J.-C., note de synthèse : « Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école » Revue Française de Pédagogie, 1996, n°114

On peut retenir que ces notions font appel à différents facteurs qui s'imbriquent les uns dans les autres et permettent au travers d'une relation pédagogique d'accompagner des apprentissages multiples et spécifiques à chaque personne.

## **1.2. Les acteurs**

Cette étude m'a permis de rencontrer trois types de structures :

L'Éducation Nationale

La coordinatrice d'un Réseau d'Éducation Prioritaire sur Marseille

Une association, le C.O.D.E.S. 13, et le Développement Social Urbain (D.S.U.) qui est une partie de la politique de la ville.

Je vais brièvement présenter ces trois structures pour mieux situer le contexte.

### **1.2.1 Le Réseau d'Éducation Prioritaire**

L'origine des R.E.P.<sup>11</sup> tient à la réorganisation et à la division des Z.E.P., (Zones d'Éducation Prioritaire) développées dans les années 80 et dont le but était la répartition égalitaire de moyens supplémentaires attribués aux zones sociales « sensibles ».

La création des R.E.P. fait suite à l'évaluation ministérielle des territoires Z.E.P. conduisant à un manque d'efficacité et à une trop grande étendue de ces territoires.

Officiellement, les R.E.P. sont créés par Ségolène Royale en janvier 1999<sup>12</sup>.

Elles s'accompagnent de la signature d'un « Contrat de Réussite » (C.D.R.)<sup>13</sup> entre plusieurs partenaires.

---

<sup>10</sup> MANDERSCHIED J.C. « Education à la santé, entre pratique et concepts » polycopie de cours DESS Santé, Education du patient M21

<sup>11</sup> *Conférence d'A Bourgarel, janvier 1999*

<sup>12</sup> B.O. du 28 janvier 1999

<sup>13</sup> cf. les contrats qui relient les acteurs du diagnostic

Il existe 28 Réseaux d'Education Prioritaire en France, dont 17 à Marseille, dans les zones dites « sensibles ».

Le Réseau dont nous allons parler ici, est le R.E.P. Saint-Louis qui se trouve dans les quartiers du nord de Marseille.

Le territoire dont il dépend pour la politique de la ville est le D.S.U. Saint-Antoine, La Viste, Saint-Louis.

### **Le territoire géographique du R.E.P. Saint-Louis**

Le R.E.P. Saint-Louis se situe dans les quartiers du nord de Marseille; il est délimité géographiquement par le R.E.P. de Saint-Joseph, celui de La Calade et celui de Saint-André, situés eux-mêmes dans les quartiers nord.

Il est constitué de 3 « pôles» sur lesquels se trouvent les écoles, le collège et les deux lycées.

Cette zone est délimitée d'un côté par le « village » de La Viste, plus bas par celui de Saint-Louis, ainsi que le quartier de la Calade qui se trouve à la limite du R.E.P. Saint-Louis.

On pourra se reporter utilement à la carte géographique du site, en annexe.

### **Les écoles, le collège et les lycées**

- **Le pôle « La Viste-Bousquet »** comprend une école avec deux sections (élémentaire et maternelle). Cette école est située dans la cité du même nom et sa particularité est d'être une cité de « transit » (c'est-à-dire dans laquelle il y a de fréquents mouvements de population).
- **Le pôle « Saint-Louis »**, avec deux écoles : Saint-Louis-Gare et Saint-Louis-Le Rove, situées de part et d'autre du « centre-ville de Saint-Louis ».
- **Le pôle « Campagne-Lévêque »** : qui comprend une école avec une section élémentaire, une section maternelle et le collège. Ils sont adossés l'un à l'autre et situés au cœur de la cité du même nom. Le centre social du quartier se trouve dans le prolongement du collège et cette situation facilite les liens avec les familles.

- **Le lycée professionnel**, placé en bordure du R.E.P., proche du quartier de La Calade, reçoit 600 élèves.
  
- **Le lycée professionnel privé catholique : le lycée Saint-Louis** qui se trouve en face du lycée Saint-Exupéry.

Au total, on compte environ 2000 élèves (écoliers et étudiants) sur le Réseau d'Éducation Prioritaire de Saint-Louis pour l'année scolaire 2001/2002<sup>14</sup>.

### **Les structures « hors frontières» du R.E.P.**

- Hors « frontières » du R.E.P., il existe deux lycées : **le lycée Saint-Exupéry** (autrement nommé lycée Nord) qui accueille 1600 élèves et le **lycée professionnel La Viste**, dont les « acteurs » professionnels ou étudiants, peuvent dépendre du R.E.P. de Saint-Louis.

La population de ces deux lycées est importante car elle compte à elle seule le même nombre d'élèves que la zone du R.E.P. Saint-Louis.

### **1.2.2. Le C.O.D.E.S. 13**

Le C.O.D.E.S. 13, est une association de type loi 1901, à but non lucratif, créée en 1980 pour développer la promotion et l'éducation à la santé sur le département des Bouches-du-Rhône. Il fait partie de l'I.N.P.E.S. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, (ancien C.F.E.S.: Comité Français d'Éducation pour la Santé) établissement de santé qui est devenu public depuis avril 2002.

Le C.O.D.E.S. travaille en partenariat avec le Comité Régional d'Éducation à la Santé (C.R.E.S. P.A.C.A.) qui a lui même des missions de relais entre l'institut national et les comités départementaux.

Les C.R.E.S. et les C.O.D.E.S. ont adhéré à une charte commune qui s'inspire de la Charte d'Ottawa.

---

<sup>14</sup> on trouvera en annexe la répartition des effectifs des élèves dans les écoles et l'évolution de ces dernières années

Outre les missions de soutien du réseau des six C.O.D.E.S. de la région P.A.C.A., le C.R.E.S. participe à la préparation du Programme Régional de Santé (P.R.S.) et travaille en étroite collaboration avec les partenaires institutionnels : Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (U.R.C.A.M.), Direction Régionale des Actions Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.), Direction Départementale des Actions Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.), Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.)...

Le C.O.D.E.S. 13 travaille en partenariat avec les écoles, les collèges et les structures qui le souhaitent pour réaliser des actions d'éducation à la santé et de prévention, correspondantes aux besoins prioritaires de la population.

Le C.O.D.E.S. a « tissé »<sup>15</sup> des liens avec les professionnels et la population. Il souhaite développer un réseau de collaboration pour l'éducation à la santé.

Il intervient dans les zones sensibles, territoires où les besoins fondamentaux sont une priorité sociale et économique.

### **1.2.3. Le D.S.U. : Développement Social Urbain**

Les équipes D.S.U. sont des équipes opérationnelles, au service des quartiers, pour animer le Contrat de Ville.

L'équipe du D.S.U., dans laquelle j'ai effectué mon stage, se compose de trois personnes dont un agent de développement, également en charge de la thématique Santé du contrat de Ville sur les XV<sup>ème</sup> et XVI<sup>ème</sup> arrondissements de Marseille.

Cet agent joue le rôle de personne « ressource », d'expert et d'animateur de réseau, elle est responsable de l'instruction des dossiers.

C'est grâce à l'engagement de cette personne que l'équipe m'a accepté comme stagiaire.

---

<sup>15</sup> Au sens de B.Cyrulnik, éthologue

### ***1.3. Les contrats qui lient les acteurs entre eux***

Le R.E.P. Saint-Louis, le C.O.D.E.S., et le D.S.U. ont en commun l'idée générale de l'amélioration de la santé des populations.

Dans cet esprit, se dégagent deux caractères importants : la fonction participative et la collaboration des acteurs en présence.

Les actions entreprises et réalisées doivent avoir un sens véritable et doivent être utiles pour les individus.

Cette collaboration est légitimée par différents « contrats » qui aident à la mise en place d'actions en direction de la population.

Il s'agit en premier lieu du Programme Régional de Santé (ou P.R.S.) et du Programme Régional de Prévention et d'Accès aux soins (ou P.R.A.P.S) de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

En second lieu, la politique de la ville propose un Contrat Educatif Local ou C.E.L. et parallèlement l'Éducation Nationale a rédigé un « Contrat de Réussite », comprenant dix orientations prioritaires. Ce contrat a été signé conjointement avec les acteurs institutionnels.

#### **1.3.1. Le P.R.S. et le P.R.A.P.S.**

##### **1.3.1.1. Le Programme Régional de Santé**

**Le Programme Régional de Santé, appelé P.R.S<sup>16</sup>.** est déterminé annuellement lors de la Conférence Régionale de Santé.

Il tient compte de la zone géographique concernée, de la population, de son environnement et des priorités à donner aux actions de santé publique.

Il est une référence pour la politique menée en direction de la population car il est élaboré avec la participation des institutions, des collectivités territoriales et des bénéficiaires, par le biais des associations.

---

<sup>16</sup> in Synthèse du programme régional : mai 1999, « la santé des enfants » et des jeunes en Provence Côte d'Azur

Il permet de légitimer les actions en place dans les écoles ou les centres sociaux en direction de la population.

Il s'appuie sur des données de santé publique et organise la coordination des différents services et des acteurs de terrain comme le C.O.D.E.S. par exemple.

La conférence de santé permet la validation des décisions, l'accompagnement, la coordination des acteurs de terrain et la participation active des bénéficiaires.

Depuis 1999, un Programme Régional de Santé pour les Jeunes (P.R.S.J.) est mis en place. Ses objectifs sont dirigés vers la connaissance et l'amélioration des problèmes de santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.

Ce programme met en place des actions en fonction de données statistiques et épidémiologiques rapportées, par exemple, par l'Observatoire Régional de Santé (O.R.S.).

Il cible les problèmes de développement chez les enfants, les projets d'éducation à la santé dans les écoles ou la prise en compte de la souffrance psychique chez les jeunes et les très jeunes enfants.

Il favorise la mise en place de réseaux de santé de proximité et suggère le renforcement d'un partenariat transversal, et la pluridisciplinarité.

Par exemple, suite aux données régionales, un colloque<sup>17</sup> sur la prévention du suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans a été organisé par le C.R.E.S. en décembre 2001. Le P.R.S.J. avait mis en évidence l'évolution importante du suicide chez les jeunes qui a doublé en cinquante ans.

---

<sup>17</sup> « Prévention de la crise suicidaire des jeunes : quelles réponses collectives en PACA » Colloque régional 20.11.01 Marseille organisé par le Conseil Régional, le CRES et en collaboration avec le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

### **1.3.1.2. Le Programme Régional de Prévention et d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S.)<sup>18</sup>:**

La loi d'orientation du 29 juillet 1998, prévoit que des Programmes Régionaux, soient établis pour lutter contre la précarité et les exclusions. Il s'agit des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S.).

Cette loi a créé une obligation de mise en place, sur tout le territoire, d'un dispositif qui doit améliorer l'accès aux soins des personnes fragilisées par la vie.

Les P.R.A.P.S. ont aidé les institutions à faire des constats et des états des lieux, aussi bien dans les domaines sanitaires, sociaux et de santé.

Les indicateurs de santé ont mis en évidence une grande nécessité d'harmoniser les différents secteurs entre eux : l'habitat, l'environnement ou la qualité de vie.....

Cette obligation a donc incité tous les partenaires à une concertation pour coordonner la politique et les actions mises en place.

Pour cela, il est important de mobiliser ces partenaires pour apprendre à se connaître, se comprendre, s'entraider et à coordonner les pratiques professionnelles.

Il s'agit bien d'une nouvelle manière de travailler pour améliorer le bien-être de tous.

La majorité des P.R.A.P.S. ont en commun au moins cinq objectifs prioritaires :

- Adapter l'offre de soins et de prévention
- Améliorer l'accès aux droits
- Améliorer la coordination des acteurs , travailler en réseau
- Améliorer la prévention
- Reconnaître et prendre en charge la souffrance psychique des personnes en difficultés.

---

<sup>18</sup> In numéro spécial « Action PRAPS », décembre 2000, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, 8 avenue Ségur 75350 cedex 07



Il semble que certaines difficultés, liées à ces objectifs, doivent être prises en compte : la difficulté à mobiliser les professionnels « libéraux » autour de tels projets, ou bien la coordination entre certains services, par exemple les cantinières, qui dépendent de la ville et les enseignants, qui dépendent de l'Education Nationale.

L'état des lieux que nous avons fait a mis en lumière des exemples pour lesquels une solution urgente et durable est à apporter.

D'autre part, les P.R.A.P.S. ont enrichi le débat public sur la modernisation du système de santé et son harmonisation avec les pays de la communauté européenne.

Une comparaison avec les autres pays européens, tous domaines confondus et plus spécialement dans celui de la santé, nous aide à trouver les points faibles de notre système pour tenter d'y apporter une solution harmonieuse et équitable pour chacun.

Dans le même temps, une prise de conscience générale a permis de comprendre la nécessité urgente de mobiliser la communauté autour de la cohésion sociale, en coordonnant par exemple des actions de santé globale en direction de la précarité et en faveur des personnes les plus fragiles.

### **1.3.2. Le Contrat de Réussite (C.D.R.)**

Le Contrat De Réussite (C.D.R.)est né de la volonté d'instaurer une démarche contractuelle dans l'Education Nationale.

Il est le fruit d'un travail collectif des équipes pédagogiques. Il fait l'objet de discussions avec les autorités académiques.

En 1999, une politique de relance des Z.E.P. est mise en place<sup>19</sup>. Cette relance doit se faire en étroite articulation avec la politique de la ville.

Cette collaboration est difficile car la politique de la ville et le développement Social Urbain sont complexes.

L'école, compte tenu de ses missions, trouve de l'aide auprès des partenaires en posant les problèmes dans le cadre du Contrat de Ville.

Ce contrat s'appuie sur dix orientations prioritaires :

- Réaffirmer les exigences communes pour assurer un égal accès de tous au savoir.
- Assurer la maîtrise de la lecture et des langages.
- Développer les activités culturelles et sportives ainsi que l'éducation à l'image.
- Encourager la scolarisation précoce.
- Assurer le soutien des élèves les plus fragiles, lutter contre l'échec scolaire.
- Renforcer l'éducation à la citoyenneté et à la morale civique.
- Resserrer les liens de l'école avec les parents.
- Ouvrir l'école sur le quartier pour créer les conditions d'un partenariat efficace.
- Donner aux acteurs de terrain des outils efficaces pour évaluer leurs progrès.
- Améliorer l'accompagnement des enseignants et créer les conditions d'un pilotage plus performant.

L'objectif des efforts entrepris en direction des enfants, des élèves, des enseignants au travers du Contrat De Réussite, est de favoriser « l'exercice d'une vie libre, responsable et citoyenne »<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Circulaire n° 99-007 du 20 janvier 1999, NOR : SCOE9803349C, RLR : 510-1 ; 520-0 ; MEN - DESCO

<sup>20</sup> *ibid* circulaire n°99-007 du 20.01.1999

Ceci implique un travail collectif, une réflexion et un dialogue permanent, entre tous les acteurs, non seulement de l'école (salariés de l'Education Nationale et de la ville), mais aussi des partenaires participants au Contrat de Ville et au Contrat Educatif Local (C.E.L.).

Le Contrat Educatif Local a été signé en 1999 par le Maire de Marseille, le Préfet des Bouches-du-Rhône et l'Inspectrice d'Académie, Directrice des services départementaux de l'Education Nationale.

Cette étude a mis en lumière les difficultés de « cohabitation » des agents et personnels travaillant dans les écoles et les collèges, ceux-ci ne dépendant pas de la même direction et n'ayant donc pas forcément les mêmes contraintes ni les mêmes consignes.

La nécessité d'une « culture commune » semble être un des objectifs prioritaires dans ce domaine.

### **1.3.3. Le Contrat Educatif Local (C.E.L.) et la Politique de la Ville**

Le Contrat Educatif Local, autrement appelé C.E.L., est une méthode de travail pour la construction du Projet Educatif Local. Il concerne la politique de la ville. Cette méthode doit permettre l'articulation entre le Volet « Education » du contrat de ville et le C.E.L..

Le contrat de ville s'appuie sur sept principes <sup>21</sup>:

- La mobilisation des politiques de droit commun  
*(mobiliser, mettre en cohérence ce qui existe déjà et inciter à l'innovation, encourager les projets associatifs).*
- Une approche globale et articulée de la lutte contre les exclusions  
*(équilibre entre les interventions de proximité dans les quartiers et les actions fortes à l'échelle de la ville).*
- La participation des habitants et la vie associative  
*(sensibiliser les citoyens aux procédures auxquelles ils n'ont pas l'habitude de recourir pour aider et renforcer leur engagement social).*

---

<sup>21</sup> document de travail du DSU

- L'intégration des personnes issues de l'immigration et la lutte contre les discriminations  
*(l'aide à l'intégration des foyers immigrés en luttant contre la précarité et l'illétrisme, aide à la formation et à l'emploi).*
- L'égalité des chances entre les femmes et les hommes  
*(l'accès au droit et à l'emploi).*
- La modernisation des services publics  
*(Par exemple, rendre plus efficaces les équipements sociaux, sportifs ou culturels, mieux répondre aux besoins des habitants...).*
- La simplification administrative  
*(mise en place d'un dossier administratif commun, afin de simplifier les contraintes administratives).*

Ces grands principes vont être le fil conducteur des actions pour le développement économique, l'éducation, l'habitat, la gestion urbaine de proximité, la santé et l'accès aux soins, la culture, l'accès aux droits, la solidarité et la lutte contre les exclusions....

De nombreuses actions de la thématique du volet « éducation » du Contrat de Ville sont communes avec un ou plusieurs objectifs du C.E.L. Une des principales difficultés est la juxtaposition de ces deux procédures.

Une concertation paraît essentielle face à cette complexité. La mise en place du réseau et la dynamique qui en découle ne peuvent qu'être bénéfiques à cette entreprise.

Les sites concernés et choisis par ce contrat ont été retenus au regard des difficultés économiques et sociales qui ont été constatées (un diagnostic est obligatoire pour la procédure d'installation du C.E.L.).

Ce Contrat Educatif Local regroupe trois objectifs de façon stratégique<sup>22</sup> :

- Améliorer la réussite scolaire.
- L'apprentissage de la vie collective et de la citoyenneté.
- Permettre au plus grand nombre l'accès aux activités et à la mixité.

Ces trois objectifs vont avoir une importance dans notre étude car ils sous-tendent les actions déjà mises en place sur le R.E.P. et dont l'opportunité devrait être confirmée par la recherche que nous entreprenons. Par exemple, favoriser et qualifier les mesures d'accompagnement scolaire, accompagner les adultes dans la fonction parentale...

### **La Problématique et son hypothèse :**

Trouver les actions permettant aux partenaires d'apprendre à se connaître, se comprendre, s'entraider, et à coordonner leurs pratiques : c'est l'objet de la dynamique d'un réseau de santé de proximité. Le diagnostic de Santé Communautaire est la première étape de cette démarche, il permet de redonner un élan dynamique aux relations existantes.

Les liens existants entre les différents acteurs du système éducatif sont essentiels pour améliorer la santé globale des populations. La dynamique de partenariat rend le réseau plus efficace, il peut donc être considéré comme un des maillons essentiels de la promotion de la santé.

---

<sup>22</sup> circulaire interministérielle n° 98 – 144 du 9.7.1998

## **2 - Les constats de notre enquête**

### ***2.1. Le projet et la méthodologie***

Ce projet de diagnostic a été mis en place à l'initiative du Réseau d'Education Prioritaire et conjointement avec la personne en charge de la thématique santé sur les XV<sup>ème</sup> et XVI<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille du D.S.U. Notre Dame Limite et le C.O.D.E.S. 13.

Une proposition de partage du travail entre deux stagiaires a été prise, l'une se dirigeant vers les établissements de l'Education Nationale et l'autre contactant les centres sociaux, les professionnels médicaux et libéraux.

#### **2.1.1. La méthodologie<sup>23</sup>**

Nous avons choisi de faire l'enquête au travers d'un questionnaire proposé à des professionnels du monde médical, social et éducatif : professeurs, médecins, infirmiers, assistantes sociales, élèves, familles... ainsi qu'à des partenaires déjà présents sur le réseau (coordinateurs de R.E.P., directeurs, inspectrice de l'Education Nationale...).

Dans un premier temps, nous avons élaboré un guide d'entretien, comportant en majorité des questions « ouvertes » (les personnes interrogées sont libres de répondre comme elles le souhaitent).

Dans un second temps, nous avons décidé de revoir notre outil d'approche et de recueil de données. La technique des entretiens, très riche en informations et plus propice à l'échange, demandait beaucoup trop de temps pour la passation. Nos interlocuteurs avaient peu de temps à nous accorder et nous en avions peu à notre disposition pour l'analyse.

Pour étudier les représentations des professionnels, nous avons utilisé deux types d'analyse pour les questions d'association de mots.

Nous avons effectué une analyse de contenu dite thématique consistant à faire ressortir du corpus de mots obtenus, des catégories représentatives du discours. Cela nous a permis de classer chaque mot dans une catégorie, de calculer et de comparer les fréquences d'apparition de ces catégories.

Nous avons parallèlement utilisé un logiciel d'analyse lexicale ALCESTE<sup>24</sup>, qui sur la base des variables choisies par l'utilisateur, (ici la profession), sélectionne et regroupe les mots ou groupes de mots en fonction de leur co-présence dans le discours. Ces mots sont considérés les plus significatifs de ces professions.

Je ne m'attarderai pas sur cette dernière analyse que l'on pourra retrouver dans le détail en annexe de ce travail.

### **2.1.2. Le questionnaire<sup>25</sup>**

Le questionnaire est composé de plusieurs parties :

une partie sur les représentations de la santé, du partenariat et du réseau,

une partie sur les constats et besoins de la population en matière de santé

une partie sur l'activité professionnelle des personnes interrogées.

Il est constitué de différents types de questions : fermées, ouvertes et des échelles de 1 à 5.

- 4 questions d'association de mots aux notions de « santé », « bonne santé », « mauvaise santé » et « éducation à la santé » (Q 1 à 4),
- 3 questions d'association de mots à la notion de partenariat, ses avantages et inconvénients (Q 17 à 19),
- 3 questions d'association de mots à la notion de réseau, avantages et inconvénients (Q 20 à 22),
- 1 question ouverte sur les principaux constats concernant l'état de santé de la population (Q 8),
  
- 1 question ouverte concernant les besoins prioritaires de santé de la population (Q 9),

---

<sup>23</sup> QUIVY R., CAMPENHOUDT L.T., Manuel de recherche en sciences sociales, édition Dunod, Paris, 1988.

<sup>24</sup> On pourra se référer aux documents de l'analyse Alceste en annexe

<sup>25</sup> cf.annexe : original du questionnaire

- 1 question fermée sur les problèmes soulevés auprès des professionnels par la population (Q 16),
- 3 questions descriptives de l'activité de la personne interrogée (Q 5 à 7),
- 2 questions concernant les besoins et attentes concernant leur activité professionnelle (Q 11 et 12),
- 3 questions sur leur connaissance d'actions d'éducation à la santé (Q 13 à 15),
- 3 questions sur leurs connaissances et attentes par rapport au R.E.P. de Saint-Louis (Q 23 à 25).

### **2.1.3. La Population**

Notre échantillon de recherche est composé de 93 personnes réparties en trois types de professions :

- 44 professionnels de l'éducation nationale : enseignants, chefs d'établissement, médecins et infirmières scolaires, cantinières, conseillers d'éducation et d'orientation,
- 29 professionnels sociaux : assistants sociaux, animateurs de centres sociaux, acteurs associatifs de quartier, éducateurs, chef de police...,
- 20 professionnels médicaux : médecins et infirmiers libéraux, médecins et infirmiers de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) et de centres médicaux, psychologiques et sociaux, orthophonistes, kinésithérapeutes, dentistes, psychologues, pédopsychiatre, pharmacien...

### **2.1.4. Analyse et Critique**

En ce qui concerne ma prospection, je pensais interroger des professeurs et des élèves uniquement; mais je me suis vite rendu compte que les professionnels, ne se limitaient pas aux administratifs et aux enseignants et ne dépendaient pas forcément de l'Education Nationale, ce qui était nouveau pour moi.

J'ai donc choisi d'aller à leur rencontre en sollicitant un entretien de leur part.



Les personnels de l'Education Nationale m'ont généralement bien accueillie, la rencontre avec le personnel de la ville a été plus difficile et a demandé des autorisations préalables.

C'est à l'occasion de ces rencontres que j'ai rempli un questionnaire, avec leur accord quant au contenu des réponses.

La récupération des questionnaires remplis a été laborieuse et m'a obligée à de nombreux déplacements infructueux.

D'autre part, l'accueil reçu a été différent entre les écoles, le collège ou les lycées : les professeurs des écoles sont disponibles, ceux du collège très réticents, très critiques et peu disponibles, quant à ceux du lycée, la rencontre n'a été possible qu'à travers les Conseillers Principaux d'Education. (C.P.E.).

Les enjeux professionnels éducatifs ou personnels n'ont pas la même réalité pour toutes ces personnes.

En ce qui concerne le questionnaire lui-même, la longueur est sans doute une des raisons de l'absence de réponses aux questions en rapport avec le partenariat et le réseau.

Par ailleurs, la passation des entretiens et le remplissage du formulaire n'ont pas été homogènes pour les trois catégories de professionnels.

Un autre aspect est la réelle difficulté de participation de la population aux processus de décision.

Lors de notre enquête, je voulais garder une place importante pour interroger les habitants, les élèves, les écoliers et les parents.

Cela n'a été possible que partiellement et de façon non significative, essentiellement par manque de temps (notre enquête s'est étalée sur huit semaines seulement), mais aussi à cause de notre trop grande ambition quant à la longueur du questionnaire, au grand nombre de questions supposant un entretien assez long, et aux personnes sollicitées ayant peu de temps à nous accorder.

## 2.2. Les représentations de la santé

Au sujet de la cotation employée pour les statistiques, nous avons dégagé six catégories et dix sous-catégories communes aux trois notions de santé, bonne santé et mauvaise santé :

- La maladie : aspect morbide, thèmes particuliers.
- L'aspect psychologique : équilibre, ressenti (affectif et émotionnel).
- L'aspect physique : ressenti, besoins primaires.
- L'aspect social : relationnel, socio-économique/travail.
- L'environnement.
- Les responsabilités et conséquences personnelles.

Ces catégories sont plus ou moins fournies en fonction du nombre de mots qui les compose et en fonction des professions.

**Nous retrouvons cependant à peu près les mêmes tendances dans les trois types de professions avec quelques nuances** : pour plus de simplicité et moins de répétitions, nous présenterons l'analyse synthétique des représentations des trois notions en même temps. On pourra cependant se rapporter en annexe aux graphiques concernant chaque profession individuellement<sup>26</sup>.

### 2.2.1. Pour les médicaux

Les catégories les plus utilisées sont :

- l'aspect **physique** (31% des réponses), notamment le ressenti physique,
- l'aspect **psychologique** (29%), notamment le ressenti psychologique,
- Viennent ensuite la **maladie** (20%), en particulier la morbidité,
- l'aspect **social** (10%), notamment socio-économique,
- les **responsabilités et conséquences personnelles** (« autonomie », « dépendance », « volonté », « capacité d'adaptation »),
- et enfin l'**environnement** (2%).

---

<sup>26</sup>Cf. en annexe : Données et graphiques concernant les représentations de la santé

Il ressort de cette première analyse que les médicaux définissent la « santé » essentiellement en termes physiques (« forme », « vitalité », « bien-être physique », « force », « dynamisme », « douleur », « fatigue », « handicap »...) et en termes psychologiques (« équilibre », « bien-être », « mal-être », « santé mentale », « dépression », « angoisse »...).

Les termes médicaux sont également assez présents (« soin », « prévention », « maladie », « médecine »...).

### 2.2.2. Les sociaux

Ils définissent eux aussi la santé (bonne et mauvaise) d'abord :

- sous ses aspects **physiques** (29% des réponses),
- **psychologiques** (26%)
- puis en lien avec la **maladie** (22%).
- Ils évoquent ensuite les **responsabilités et conséquences personnelles** (12%),
- l'aspect social (9%)
- et l'environnement (2 %).

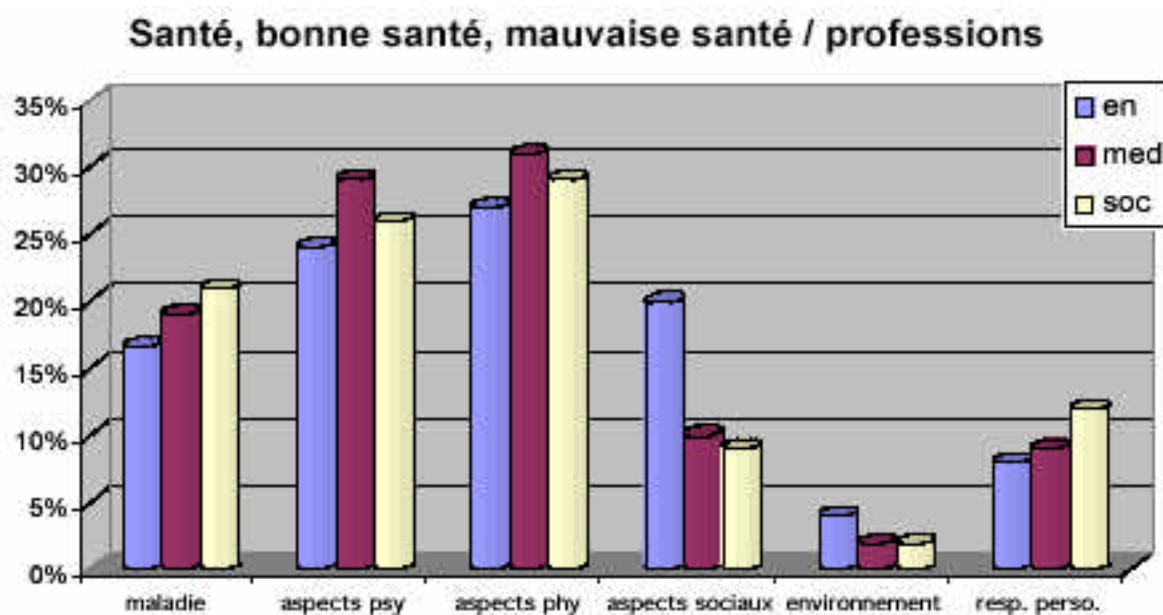
### 2.2.3. Les professionnels de l'éducation nationale

Ils considèrent la santé sous :

- son aspect **psychologique** (« équilibre », « bien-être mental », « état de bien-être », « épanouissement », « bien dans sa peau »),
- **physique** (« le corps », « épanouissement physique », « hygiène », « alimentation ») et en lien avec la **maladie** (« maladie », « soins », « prévention »),
- mais l'aspect **social** est assez bien représenté également, en particulier l'aspect relationnel, plus précisément le rôle de la famille et l'équilibre familial sur la santé (« environnement familial », « bien-être familial », « problèmes de famille »),
- enfin, les **responsabilités et conséquences personnelles** (« autonomie », « ambition », « décider par soi-même », « gestion du vécu »...)
- et l'environnement (« harmonie avec son milieu »).

Au total, les professionnels travaillant sur le R.E.P. Saint-Louis apportent peu d'indications sur l'environnement ou sur la responsabilité personnelle, mais ils restent tout de même sur un aspect global de la santé, en privilégiant un contexte physique ou mental harmonieux.

Le schéma ci-dessous permet de visualiser les résultats, on trouvera en annexe les données statistiques de ce graphique



### ***2.3 Les constats et les besoins de la population***

Nous avons recherché, d'une part **les principaux constats** que font les professionnels de la santé, des habitants et d'autre part **les besoins prioritaires** concernant ce quartier.

Le recueil de ces données, à notre grand regret, n'a pu être que partiel en ce qui concerne la population elle-même (parents, famille, enfants, élèves...).

### 2.3.1 Les principaux constats de santé des professionnels

#### 2.3.1.1 Par les professionnels sociaux :

En grande majorité, ce sont des constats d'ordre:

- **physique** (51%),
- **psychologique** (23%),
- **social** (21%).

En particulier, sont cités les problèmes bucco-dentaires et d'alimentation, les problèmes de dépression et de mal-être, particulièrement chez les jeunes, la violence conjugale, la maltraitance, l'isolement et la précarité.

On peut noter par ailleurs, la thématique de l'environnement et les conditions de vie dans les cités, peu évoquée par les professionnels et qui a son importance pour les habitants.

#### 2.3.1.2. Par les professionnels médicaux

Les constats les plus cités sont d'ordre :

- **médical** (40%),
- **social** (31%),
- **l'éducation** (14%) et,
- l'aspect **psychologique** (11%).

En particulier sont apparus les thèmes des toxicomanies, les maladies associées, les problèmes dentaires et le diabète.

**Au niveau social**, le chômage, la précarité et l'isolement sont fréquemment cités. Mais on peut noter un point positif, souligné à deux reprises et uniquement par les professionnels médicaux qui est l'importance de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) considérée comme étant relativement bonne.

**Au niveau psychologique et éducatif**, on trouve les troubles du langage et les problèmes d'autorité parentale, les troubles du comportement et la surstimulation des enfants, source de fatigue chez les jeunes enfants, mais aussi d'épuisement chez les parents qui se sentent dépassés.

### **2.3.1.3. Par les professionnels de l'éducation nationale**

Ce qui ressort le plus est :

- l'aspect **social** (27%), en particulier la misère sociale, la maltraitance, la violence en général et les conduites à risque,
- l'aspect **psychologique** (26%) est beaucoup évoqué également, avec des problèmes d'écoute, de stress, de dépression et le constat d'enfants se trouvant en grande difficulté psychologique et en « errance » mais aussi de parents démunis face à leur rôle éducatif,
- l'importance de **l'éducation à la santé** apparaît également (23%), notamment concernant les problèmes d'hygiène et d'éducation aux gestes élémentaires de la vie quotidienne des enfants.

### **2.3.2. Les besoins prioritaires de santé**

#### **2.3.2.1 Par les professionnels sociaux**

Les besoins les plus cités sont :

- **sociaux** (26%), écoute, communication et accompagnement vers le soin,
- **éducation à la santé** (26%), hygiène de vie, considérations des problèmes des jeunes de 16-25 ans,
- **médicaux** (18%), soins dentaires et spécialisés,
- **aide psychologique et accompagnement** (10%), aide à l'éducation (10%) et amélioration de l'environnement (10%).

### 2.3.2.2 Par les professionnels médicaux

Les principaux besoins selon les professionnels médicaux sont :

- **physiques** (32%), en particulier les soins dentaires,
- **éducation à la santé** (29%), information, prévention, hygiène, alimentation, pharmacodépendance,
- sont également évoqués, des besoins liés à l'**éducation** (17%), notamment le soutien à la fonction parentale,
- **social** (12%), remboursement des soins, isolement....

### 2.3.2.3 Par les professionnels de l'éducation nationale

En ce qui concerne les besoins de la population, les professionnels de l'éducation nationale soulignent en priorité les besoins d'ordre :

- **physique** (27%), en particulier liés à l'hygiène corporelle et bucco-dentaire,
- **psychologique** (24%), que ce soit au niveau des enfants (aide et soutien psychologique) ou au niveau des professionnels eux-mêmes (besoins d'écoute et de reconnaissance),
- **éducation à la santé** (22%), ce sont surtout les thèmes tournant autour des besoins primaires, l'alimentation, l'hygiène mais aussi la connaissance et le respect du corps.

En résumé, les constats et les besoins évoquent la nécessité d'un accompagnement. Cela nécessite à minima une aide en direction des soins médicaux et une réduction de la précarité qui est une priorité dans ces quartiers. Cette aide doit privilégier la participation des habitants à la construction et la mise en place d'actions utiles à la communauté et privilégier la solidarité.

## 2.4 Le partenariat et le réseau

### 2.4.1 Le partenariat

Ces questions ont donné lieu à beaucoup de non réponse, reflétant le peu d'inspiration suscitée par ces notions, voire leur méconnaissance.

Nous avons dégagé cinq catégories de thèmes et dix sous-catégories :

- **Aspect relationnel** : communication, regroupement.
- **Utilité** : efficacité, entraide, intérêts personnels.
- Notion de **temps**.
- **Pluridisciplinarité** : compétences personnelles, diversité.
- Actions : globales, **travail avec la population**.

#### 2.4.1.1.Par les médicaux

Le taux de non-réponses est de 27%. On voit ressurgir à peu près les mêmes thèmes, c'est à dire :

- **communication** et échange (41%),
- **regroupement** et travail d'équipe (17%),
- **efficacité** et complémentarité (17%).

Au niveau des **inconvénients**, c'est essentiellement :

- **difficulté de se rencontrer**, de travailler avec d'autres professions (55%),
- **manque de temps** pour participer à un réel travail de partenariat (10%).

Les principaux **avantages** sont :

- **efficacité** (32%) , dynamisme et concentration des efforts,
- **communication** et la collaboration (18%),
- **pluridisciplinarité**, diversité et spécificité (11%),
- **travail avec les populations** (12%).



### 2.4.1.2. Par les sociaux

Le taux de non-réponse est de 10%.

Le partenariat est lié à :

- **l'aspect relationnel** (46%),
- **l'efficacité** (28%),
- **le développement d'actions** (16%) : communication, échange, collaboration, regroupement, coordination, mise en commun de compétences et de projets, projets communs, objectifs communs, actions collectives et cohérentes.

Les principaux **inconvenients** cités sont en grande majorité liés :

- aux problèmes **relationnels** (45%), les difficultés de communication et les intérêts divergents, la difficulté de se réunir et l'excès de réunions, mais aussi, au **manque de temps** et de disponibilité (21%).

Les principaux **avantages** retenus sont liés à :

- **l'efficacité** (32%), meilleure connaissance du terrain, meilleure orientation du public, enrichissement mutuel,
- l'aspect **relationnel** (31%), échange, ouverture, travail en concertation,
- au **développement d'actions** (21%), mise en place de projets, meilleure connaissance des actions,
- la **pluridisciplinarité** (17%), complémentarité, mise en commun d'expériences.

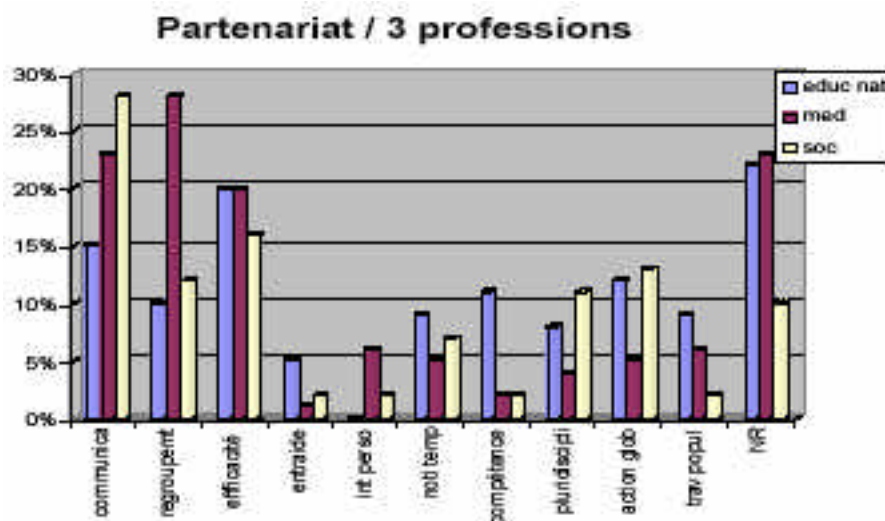
### 2.4.1.3. Par les professionnels de l'Education Nationale

Il y a 20% de non réponse.

Arrive en premier, l'idée de **regroupement** (26%), vient ensuite la **communication** (25 %), et **l'entraide** (18 %). A noter que l'intérêt personnel représente 13 % ce qui n'est pas négligeable.

L'argument « **temps** » est employé comme inconvénient dans certains cas et comme avantage dans d'autres (« je n'ai pas le temps » ou « ça me fait gagner du temps »).

La notion de partenariat est assimilée au mot « partenaire » lui-même, étant compris comme « collègue de travail », aussi bien dans le milieu géographique de travail, que dans l'équipe proche que l'on côtoie quotidiennement. Le « partenaire » est plus rarement quelqu'un que l'on va chercher « en dehors » de son lieu habituel de travail, par manque de temps ou de disponibilité.



#### Commentaire du graphique :

Pour ceux qui ont répondu à cette question, l'intérêt du partenariat est dans la communication, le regroupement, c'est ce qui le rend efficace et qui autorise le temps « perdu » ou « gagné ». Si on rassemble les thèmes regroupement, entraide, pluridisciplinarité et communication on comprend qu'à plusieurs on peut être plus proche des réalités et augmenter la pertinence des actions entreprises

On pourra se reporter en annexe aux données statistiques de ce graphique.

### 2.4.2. Le réseau

#### 2.4.2.1. Par les médicaux

Le taux de non-réponse est de 43%. Les mêmes thèmes apparaissent globalement :

- **communication** (18%),
- **regroupement** (25%),
- **efficacité** (11%), notamment dans l'orientation et l'information.

Les principaux **avantages** sont liés à :

- l'**efficacité** (30%),
- l'**enrichissement personnel** (15%),
- la notion de **temps** (10%), citée en termes de « rapidité » et « éviter les pertes de temps ».

Les **inconconvénients** qui ressortent sont liés :

- au **regroupement** (22%), difficulté pour le suivi et pour se rencontrer,
- à l'**efficacité** (22%), dilution des responsabilités et difficultés de suivi des personnes.

Apparaît aussi l'idée de travailler avec les populations, en réponse à leur demande et en les considérant dans leur globalité. Il s'agit de mobiliser les habitants dans des actions mises en place avec eux et en favorisant le lien social et non en fonction d'une spécialité.

#### 2.4.2.2. Par les sociaux

Le taux de non-réponse est de **39%**. Les thèmes les plus cités sont :

- ceux de la **communication** (21%), échange, concertation,
- de l'**efficacité** (21%), facilité, complémentarité, orientation,
- du **regroupement** (16%), proximité, coordination, collaboration.

Les principaux **avantages** sont :

- l'**efficacité** (32%), orientation et information meilleures,
- la **communication** (26%), échange et partage d'informations, ainsi que mise en place et amélioration d'actions (14%).

Les principaux **inconconvénients** sont essentiellement liés :

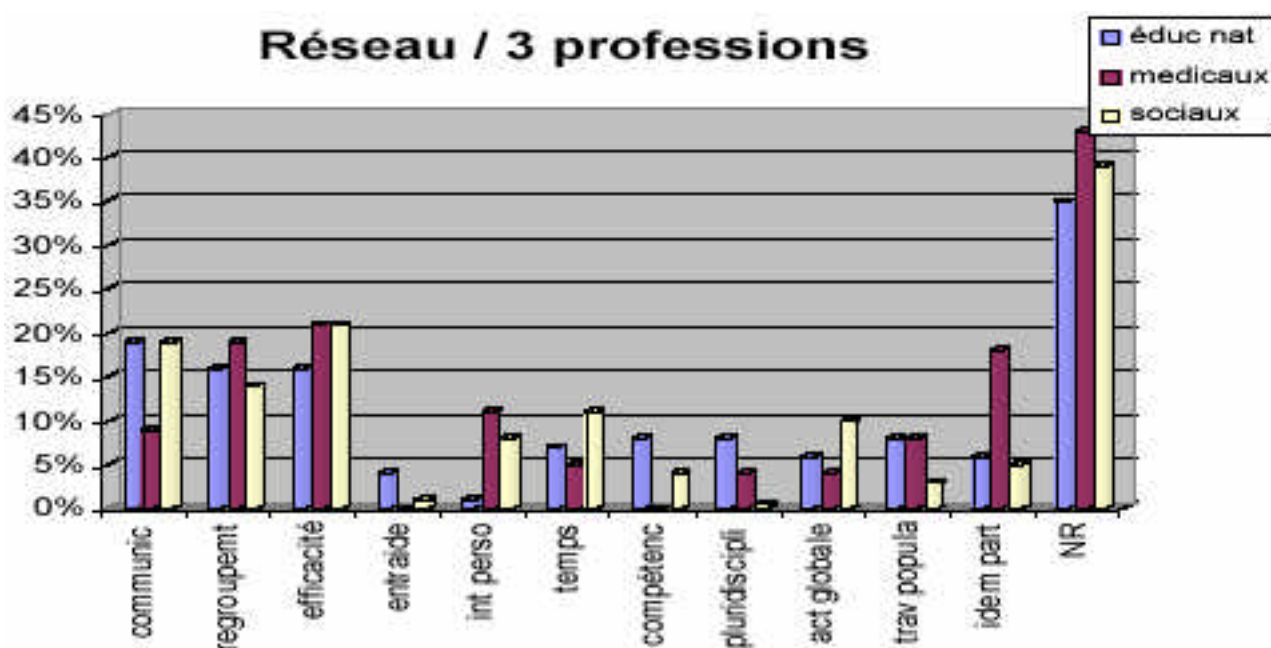
- au **manque de temps** (27%),
- aux difficultés liées au **regroupement** (18%),
- à l'**instabilité** du groupe (18%).

#### 2.4.2.3. Par les professionnels de l'Éducation Nationale

Le taux de non réponse pour le réseau est de 34%.

Comme pour le partenariat, c'est :

- l'idée de **regroupement** qui domine (25 %), être ensemble permet de se sentir plus fort,
- de **communiquer** mieux (18 %),
- d'être plus **efficace** (12 %),
- de **s'entraider** (10 %).



### Conclusion :

On constate sur ce graphique l'importance du taux des non-réponses (NR) pour les trois professions, qui laisse à penser que les représentations de la notion de Réseau sont à revoir sous l'angle de la Santé Communautaire. Des données statistiques se trouvent en annexe ainsi que les graphiques des avantages et des inconvénients pour chaque profession.

## 3 - Analyse et perspectives

Les résultats de cette enquête, m'ont amenée à réfléchir sur plusieurs points, je m'attarderai sur quelques-uns d'entre eux :

- Revenir sur les besoins primaires et fondamentaux des individus en rappelant les objectifs de la santé communautaire et de la santé globale.
- Améliorer la communication et l'information.
- Aider et accompagner la population à devenir autonome pour que les habitants collaborent et participent aux décisions et aux actions de terrain.
- Renforcer les liens entre les différentes institutions et les professionnels ne dépendant pas des mêmes systèmes d'organisations, en faisant appel au cadre institutionnel et légitime.

### **3.1. Objectifs spécifiques**

#### **3.1.1. Prévention et Education à la Santé**

Il est important de préciser ici le champ dans lequel s'inscrit notre projet. Il s'agit de l'Education à la Santé et de la Prévention.

On distingue 3 types de prévention<sup>27</sup> :

- la prévention primaire (réduire les risques),
- la prévention secondaire (prévenir l'aggravation),
- la prévention tertiaire (éviter les rechutes).

Celle qui nous intéresse ici est la prévention primaire, qui s'apparente plus à l'éducation. Elle vise à anticiper sur l'avenir et à évaluer les risques pour mieux les connaître et en diminuer l'impact.

Notre enquête a montré que les représentations des professionnels de santé avaient besoin d'être enrichies pour mieux anticiper les risques mais aussi pour coller à la réalité du terrain, parfois déroutante.

Il s'agit bien d'être à l'écoute de ce qui se passe sur un territoire particulier, dans une communauté précise.

Interroger les habitants pour connaître leurs difficultés, participe à l'amélioration de la communication en confrontant divers points de vue et systèmes de valeurs parfois opposés.

---

<sup>27</sup> In « Vocabulaire de la santé publique », 1977, Copenhague : OMS, *la santé publique en Europe*, p.271.

Les partenaires ont besoin d'une « culture commune » pour mettre en œuvre des actions concrètes et il serait souhaitable de revenir sur ces valeurs qui nous animent pour les faire partager aux nouveaux partenaires et aux habitants.

C'est en dialoguant, qu'émergeront lentement des solutions adaptées aux besoins.

La richesse de ces échanges aidera les habitants à se connaître, à prendre en charge de façon solidaire les problèmes de la communauté et facilitera le processus d'évolution et de changement.

C'est cette mise en commun des ressources qui est visée.<sup>28</sup>

### **3.1.2. Les déterminants de santé et les besoins fondamentaux**

En 1986, 40 ans après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, **la Charte d'Ottawa** précise, au sujet de la promotion de la santé, qu'il existe quatre déterminants indispensables à la santé : la paix, un abri, de la nourriture, un revenu.

Ces quatre éléments participent au maintien d'une bonne santé, quels que soient, la communauté, la zone géographique, ou le moment choisi.

**Ce qui sous-entend qu'intervenir sur un de ces quatre éléments, contribue à l'amélioration de la santé des populations.**

Parallèlement, à cet aspect, **Abraham Maslow<sup>29</sup> parle d'une hiérarchisation des besoins** pour qualifier les besoins d'un individu.

**La « Pyramide de Maslow- Pringle »** fait état de cinq niveaux que Maslow classe de façon ascendante. Pour qu'un besoin soit ressenti, il faut que le précédent soit satisfait.

Il signale par ailleurs, qu'un besoin change naturellement lorsqu'il a été satisfait.

Voici ces cinq niveaux :

---

<sup>28</sup> Ardoino J., *pédagogie de projet ou projet éducatif ?*, photocopie de cours module M12 DESS Santé 2001/2002

<sup>29</sup> Abraham Maslow, (1908- 1970) psychologue et Professeur de l'Université de Wisconsin et du Massachusetts,

- I les besoins physiologiques** (nourriture, repos, sommeil, intégrité corporelle...),
- II les besoins de sécurité et de confiance en soi** (stabilité, ordre, protection, apprentissages fondamentaux...),
- III les besoins d'appartenance et d'amour** (être aimé, faire partie d'un groupe, ne pas être seul, participer..),
  
- IV les besoins d'estime et de considération** (estime de soi, indépendance, autonomie, espoir, être reconnu capable, exister pour les autres...),
- V les besoins de dépassement** (actualisation de soi, autoréalisation, création, plaisir de réaliser quelque chose, avoir des projets...)<sup>30</sup>.

Lorsqu'on projette de mettre en place des actions de Promotion de la Santé, cette pyramide nous permet de privilégier certaines actions, plutôt que d'autres, en fonction de leur priorité, en tenant compte des besoins fondamentaux d'un individu.

Sur le R.E.P. Saint-Louis, trouver des solutions pour pallier à la malnutrition semble une nécessité absolue, par exemple.

### **3.1.3. Renforcer la légitimité des actions mises en place**

Les actions mises en place à partir du Réseau de Santé de Proximité doivent avoir une légitimité, d'une part par rapport aux différents rapports actualisés - le P.R.S., le P.R.S.J. ou le P.R.A.P.S. -, mais également par l'implication des personnes et des institutions politiques.

La politique de la ville, le Conseil Général ou Régional, les D.D.A.S.S. ou la D.A.S.S., ainsi que la Direction Départementale de l'Équipement (D.D.E.) ou les organismes de logements publics et privés sont des partenaires à solliciter.

---

<sup>30</sup> cf. en annexe le schéma qui illustre la pyramide de Maslow

### **3.1.4 Le réseau : utilisation des ressources identifiées lors du diagnostic**

Lors de notre enquête nous avons contacté des personnes qui ont enrichi nos connaissances et accepté de participer à des réunions pour la mise en place d'actions contribuant à une amélioration des situations constatées comme problématiques.

Ces partenaires ont, pour la plupart, une culture commune concernant la santé et envie de contribuer à une amélioration de la santé de façon globale.

Ce réseau de partenaires, sollicité par notre travail et par la valorisation d'une nouvelle dynamique, a besoin de concrétiser cet élan sur le terrain pour se renforcer et perdurer.

Pour cela, il est nécessaire que les partenaires institutionnels soient présents, organismes d'assurance maladie, organismes finançant les soins ou la maladie...(service prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.), mutuelles ou les différentes caisses d'Assurance Maladie), par exemple.

La rencontre des professionnels et de la population doit se faire conjointement, malgré les difficultés. Notre enquête a montré qu'il était difficile d'obtenir la participation effective et durable dans le temps, des habitants. Cet obstacle peut être analysé et les échanges apporter une solution concrète.

Par ailleurs, rien n'est jamais acquis définitivement et les ressources utilisées ici, peuvent être un écueil là. C'est par des évaluations régulières que les actions en cours seront adaptées au terrain.



## 3.2. Objectifs opérationnels

### 3.2.1. Participation de la population

Un des objectifs opérationnels est de solliciter la participation des familles et de rétablir la confiance des habitants.

Cette perspective nous amène à considérer les choses sous un angle plus individuel pour le groupe ou la communauté.

Pour que la population participe réellement à son devenir et à son mieux être, pour que les individus deviennent autonomes et « en santé », il faudrait prendre en compte l'individualité et la dimension subjective du ressenti de chacun.

Certains modèles de santé<sup>31</sup> se fondent sur un concept qui privilégie un certain déterminisme face aux propres croyances de l'individu en ses capacités. Il s'agit bien des perceptions que le sujet a de lui-même et de ses propres aptitudes.

Il semble donc important de rétablir la confiance, une confiance individuelle et collective . *Exemple : que puis-je faire pour la communauté ? à quoi cela peut-il servir ? et à qui ? comment puis-je mettre en œuvre les idées que je propose ?*

On touche là au registre des émotions et à la qualité de vie des individus.

J.BURY pense qu'il est difficile de «prouver » ce qu'on « éprouve » au sens scientifique du terme, il s'agit du ressenti dans lequel se trouvent les habitants d'une communauté<sup>32</sup>.

Un important travail est à faire en direction des familles, des élèves et parents d'élèves pour les écoles, les collèges et les lycées.

Mon projet s'intéresse plus particulièrement au milieu de l'Éducation Nationale mais de nombreuses actions sont aussi à mettre en place, en liaison avec les centres sociaux, les cités et avec les professionnels libéraux. Pour cela, les liens avec la coordinatrice du R.E.P. Saint-Louis seront une aide précieuse.

---

<sup>31</sup>le concept de « self- efficacy » dans la théorie sociale de l'apprentissage de BANDURA, polycopié de cours module M21.

<sup>32</sup>BURY J., Education pour la santé, concepts, enjeux, planifications. Edition DE BOËCK Université, collection Savoirs et Santé, 1988

### **3.2.2. Réponses aux situations d'urgence**

Lors de notre diagnostic, des cas de malnutrition grave ont été signalés sur le Réseau d'Éducation Prioritaire de Saint-Louis . Les logements sont dans un état de vétusté important dans certains endroits ; la précarité des habitants ne favorise pas le sentiment de sécurité et la santé est dépendante de ces conditions de vie.

Ce type de besoin fait partie de ce qu'Abraham Maslow appelle les besoins fondamentaux du niveau de base. Ce sont ceux sans lesquels on ne peut que « survivre ».

Ce type d'urgences pose la question des décisions à prendre et des réponses apportées.

La mise en lumière des difficultés inhérentes à ces constatations devrait permettre de trouver des solutions avec les habitants eux-mêmes et agir progressivement sur des points particuliers.

Pour cela, il est important d'aller vers eux, à la faveur de leur présence et de prendre en compte leurs propositions.

En outre, les difficultés rencontrées dans l'urgence (accident, signalement d'enfants en difficulté, exclusion de l'école...) doivent amener une réflexion pour la recherche de solutions précises, rapides et concrètes. C'est une recherche pluridisciplinaire qui doit être entreprise sur le terrain. Les difficultés s'accumulent aussi bien pour les professionnels que pour la population. Cela concerne la nourriture, les incivilités, les violences, petites et grandes, l'hygiène, les soins... mais aussi la communication, le mal être ou la dépression.

### **3.2.3. Rappel des règles et lois en vigueur**

Un autre objectif opérationnel est le rappel des lois et des règles en vigueur.

Il y a nécessité à rappeler les orientations du P.R.S. et du P.R.S.J. (Programme Régional de Santé pour les enfants et les Jeunes) de la région et si besoin, donner l'information à ceux qui ne l'ont pas.

Les professeurs du collège par exemple, sont distants par rapport à ce type d'information. Je me suis rendue compte, tout au long des entretiens de mon

stage, que les enseignants et les agents dont la direction est sous la tutelle de la ville, n'avaient pas connaissance des projets en cours dans le domaine de l'éducation à la santé pour les élèves.

Or ces professionnels sont en contact quotidien avec les enfants. Il y a, dans ce domaine, une réflexion à mener en partenariat et des actions à mettre en place avec ces agents.

Ceci implique que les responsables des différents secteurs se rencontrent et établissent des projets communs en fonction des contraintes de chaque équipe.

Le rappel des règles qui permettent à une société de vivre en harmonie : qu'il s'agisse de la solidarité de voisinage ou de la ponctualité à l'école... paraît une des priorités des cités.

Les élèves doivent prendre connaissance du règlement intérieur de leur école, et les familles de celui concernant les logements, l'environnement...

C'est l'objet des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté d'explicitier et de mettre en pratique ces règles à l'école.

D'autre part, chaque membre d'une communauté doit connaître ses droits et les devoirs qui en découlent.

Les comités de pilotage et les évaluations régulières, en rapport avec les objectifs des programmes régionaux de santé, sont une aide pour la légitimité des actions entreprises.

#### **3.2.4. Sollicitation des partenaires et articulation des politiques de santé**

Le renforcement du partenariat avec les associations spécifiques est bénéfique pour la construction et la dynamique du réseau.

Une autre difficulté de fonctionnement du réseau réside dans l'articulation des différentes politiques, qu'il s'agisse du contrat de ville et des moyens mis en œuvre par l'intermédiaire du D.S.U. (équipe opérationnelle du Développement Social Urbain) ou des partenaires institutionnels (Département, Région ou Etat).

Il me semble qu'une information sur les moyens à la disposition des partenaires est à renouveler régulièrement pour que des projets puissent voir le jour et être réalisés.

Il m'a semblé, compte tenu des personnes rencontrées, que la complexité de l'articulation de ces politiques était un obstacle à la dynamique et au développement d'actions sur cette zone.

Solliciter des personnes compétentes pour parler de l'organisation et des possibles financements, permettrait à des habitants de s'impliquer d'avantage dans la vie de leur quartier.

Ces objectifs opérationnels ont été initiés lors du diagnostic de santé communautaire et du contact avec les différents partenaires professionnels. Ils sont donc en cours de réalisation, mais cet élan demande à être dynamisé et suivi sur un long terme. Il va sans dire qu'ils ne sont pas limitatifs.

## Conclusions

Depuis 1982 je suis ergothérapeute, j'ai ainsi acquis une expérience en rééducation et réadaptation en neurologie. Les postes que j'ai occupés, m'ont cantonnée dans un modèle institutionnel traditionnel qui ne me satisfait plus actuellement.

J'ai souhaité entreprendre cette formation pour me réorienter vers un domaine générateur de changement.

Les connaissances acquises et les stages effectués au cours de ces quelques mois ont été instructifs et en adéquation avec mes attentes.

Dans le domaine de la Santé Publique, la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la Charte d'Ottawa, la Pyramide de Maslow nous donnent un cadre éthique précis dans lequel nous pouvons évoluer.

La connaissance de la promotion, de l'éducation à la santé et de la prévention ainsi que des méthodes de la Santé Communautaire fixent les règles du jeu.

Le diagnostic que nous avons entrepris, concerne un Réseau d'Éducation Prioritaire, dans les quartiers du nord de Marseille.

La mise en route et le déroulement de cet état des lieux ont redynamisé un ensemble de partenaires professionnels évoluant dans cette zone.

La problématique du Réseau de Santé de Proximité, liée aux représentations culturelles de la santé, aide au constat qu'une information sur les choix de la Santé Communautaire doit accompagner les partenaires tout au long de leur cheminement.

La pertinence des actions sera d'autant plus efficace que la coordination du réseau et l'articulation entre tous les secteurs seront dynamiques et prendront en compte la participation de la population.

Une des difficultés considérables est la mobilisation et la collaboration des habitants à ces actions : cette participation est capitale pour que les perspectives d'évolution soient durables.

L'intérêt de tous, le développement de chacun sont un enjeu dans l'avenir.

Mes perspectives professionnelles me conduisent, en premier lieu, vers le service prévention de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, ou de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie dont indirectement je dépends professionnellement.

Ce projet a plusieurs directions de travail : rétablir la confiance de la population pour solliciter sa participation, améliorer la communication pour que les partenaires apprennent à se connaître, identifier les besoins et les ressources de terrain, pour accompagner le changement.

Revenir aux besoins fondamentaux des individus, tout en rappelant le cadre des règles et de la loi semblent être une orientation prioritaire.

La coordination de cette politique implique des évaluations, un suivi régulier, et une actualisation périodique des actions entreprises.

Une prise de conscience réelle peut motiver les acteurs présents, constituer le moteur de la dynamique de ce réseau de proximité, contribuer à l'amélioration de la santé des habitants mais aussi à leur qualité de vie.

En outre cette dynamique est essentielle pour le développement socio-économique d'un quartier ou d'une communauté.

Le constat des enfants qui ne mangent pas à leur faim, en 2002, à deux pas de chez moi, m'a particulièrement choquée durant cette étude, c'est pourtant une des réalités du R.E.P. Saint-Louis.

Les enseignants constatent que les enfants ne changent pas de linge, (certes les familles n'ont pas de machine à laver); l'acoustique inadaptée d'une école et les difficultés pour obtenir le calme dans une classe ou un couloir m'ont particulièrement interrogée quant aux solutions à mettre en place pour pallier à ces états de faits.

Autant de situations dramatiques qui appellent une solution urgente.

Le réseau de santé de proximité est une réponse concrète aux multiples difficultés que rencontre la population pourvu que chacun choisisse de participer et contribuer à la reconstruction d'une vie harmonieuse, pacifique et autonome.

Abraham Maslow parle de « pari », Edgar Morin évoque le « défi », Jacques Bury pense qu'il est difficile de « prouver » scientifiquement ce que l'on « éprouve ». Il me semble qu'il y a là une dimension complexe qui sort du champ mécanique ou technique de la santé mais donne une autre dimension à la vie elle-même.

Si, comme le dit Herzlich, la maladie est l'expression de l'agression sociale sur l'individu et qu'il existe une influence de la maladie sur la vie sociale, la santé communautaire et les réseaux de santé de proximité sont une réponse concrète et efficace.

**Il s'agit d'un véritable défi pour les années à venir.**

## BIBLIOGRAPHIE

- **DE SINGLY. F.**, *l'enquête et ses méthodes : le questionnaire n°128*, édition Nathan université –Paris 2001.
- **P.R.A.P.S.**, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins*, numéro spécial, Ministère de l'emploi et de la solidarité DGS/SD6D, 8,avenue Ségur75350 Paris cedex 07 décembre 2000.
- **P.R.S.**, *Programme Régional de Santé : synthèse du programme régional de la santé des enfants et des jeunes, en Provence Alpes Côte d'Azur*, mai 1999.
- **La lettre politique de la ville** numéro spécial, *le contrat de ville de Marseille 2000/ 2006*, G.P.I. pour la gestion de la politique de la ville, 8,rue Villeneuve, 13001 Marseille.
- **Bulletin Officiel, Circulaire n° 99-007** NOR :SCOE9803349C ; du 28 janvier 1999, *relance de l'éducation prioritaire : élaboration, pilotage et accompagnement des contrats de réussite de réseaux d'éducation prioritaire*, Paris, 20janvier 1999.
- **Document D.S.U.**, le contrat éducatif local de la ville de Marseille, *une méthode de travail pour la construction du Projet Educatif Local*, Equipe Littoral Sud, créé le 5 septembre 2000.
- **PICHEREAU P.**, *Excel 5 pour Windows*, édition Foucher, Paris, 1995.
- **Journal Officiel de la République Française**, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Paris, 5 mars 2002.
- **P.R.S.J.**, *actes des séminaires régionaux, sur le Programme Régional de santé des enfants et des jeunes en Provence, Alpes, Côte d'Azur*, Marseille du 8 au 10 novembre 1999 et 31 janvier 2000.
- **LA SANTE DE L'HOMME**, *Peut-on promouvoir la santé ?* dossier, n° 325 édition du C.F.E.S. de septembre/octobre 1996, 92174 Vanves Cedex France.
- **BANTUELLE M., MOREL J., DARGENT D;** *Le diagnostic communautaire* collection santé communautaire et promotion de la santé, Bruxelles, octobre 1998.
- **Comité Régional d'Education à la Santé (C.O.R.E.S.)** *Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé*, Basse Normandie, juin 2000.



- **QUIVY R.. CAMPENHOUDT L. V.**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, , édition Dunod, Paris, 1988.
- **CYRULNIK B.** *un merveilleux malheur*, édition Poches Odile Jacob, Paris, février 2002.
- **CYRULNIK B.**, *Les nourritures affectives*, édition poches Odile Jacob, Paris, mars 2000.
- **MASLOW A.**, *vers une psychologie de l'être*, édition Fayard, Paris, 1972.
- *Ville et Santé. Réseaux et nouvelles pratiques*. Revue Prévenir,. Volume 2, Paris, 1997.
- **COLLIN J. F.**, *Politiques de Santé : la place de l'utilisateur reste à conquérir*. La Santé de l'Homme n° 352, édition du CFES, Vanves Cedex Mars-Avril 2001.
- **DOLTO F.**, *tout est langage*, édition de poche Vertiges du Nord/Carrere, 1987.
- **DOLTO F.**, *le sentiment de soi*, .édition Gallimard, Paris, 1997.
- **DOLTO F.**, *l'image inconsciente du corps*, édition Le Seuil, Paris 1984.



**DIAGNOSTIC DE SANTE COMMUNAUTAIRE  
SUR  
UN RESEAU D'EDUCATION PRIORITAIRE**

La Santé communautaire est un concept qui vise l'amélioration de la santé des populations. Elle a pour cadre éthique la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, et la Charte d'Ottawa.

Ce travail est la synthèse d'un diagnostic de Santé communautaire, orienté vers la dynamisation d'un Réseau de Santé de proximité dans un quartier de Marseille.

Il propose un projet en développant quelques orientations dont la mise en œuvre pourrait améliorer la santé globale des populations. Ces propositions s'appuient sur les résultats de l'enquête, sur la Pyramide de Maslow, et sur la collaboration effective des habitants.

**COMMUNITY HEALTH 'S DIAGNOSIS  
ON  
PRIORITY EDUCATION NET**

Community health is a concept which aims at improving people's health.

It's ethical framework is the international health organisation's definition and

Ottawa 's charter.

This work is a synthesis of a community 's health diagnosis turned toward the dynamism of a proximity health network in Marseille's area.

It suggest a project developping some orientations which the implementantation should improve people's health.

This proposal is based on the survey's result, on Maslow Pyramid and also on an efficient collaboration of local inhabitants.