

LES CAHIERS
D'ETUDES
DU C.U.E.E.P

**EDUQUER
POUR LA SANTE**

Coordination :

Danièle FORESTIER

juin
2002

U.S.T.L.
C.U.E.E.P.

N° 47-48

LES CAHIERS D'ETUDES DU CUEEP

Membres fondateurs

Joseph Losfeld
Paul Demunter

Comité de Direction

les Membres fondateurs
le Directeur du **CUEEP-USTL**
le Directeur du Laboratoire TRIGONE
le Secrétaire de Rédaction

Directeur de la Publication

Le Directeur du **CUEEP-USTL**

Comité de Lecture

E. Charlon	D. Delache	J. Hédoux	D. Poisson
J. Clénet	A. Derycke	G. Leclercq	A. Tarby
R. Coulon	P. Demunter	V. Leclercq	M-R. Verspieren
C. D'Halluin	D. Forestier	M. Mébarki	

Secrétaire de Rédaction

Jean-Noël Demol

Conception, Gestion et Diffusion

Jean-Noël Demol
Isabelle Logez
Nathalie Masclef

Commande et courrier à adresser à :

Mme Isabelle Logez
Cahiers d'Etudes du CUEEP
Cité Scientifique - Bât. B6
59655 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX

Tél. : 03 20 43 32 70 – Fax : 03 20 43 32 79
e-mail : isabelle.logez@univ-lille1.fr

N° ISSN : 0999-8659

Editeur : CUEEP, 11 rue Angellier – 59046 Lille Cedex



LES CAHIERS
D'ETUDES
DU C.U.E.E.P

**EDUQUER
POUR LA SANTE**

Coordination :

Danièle FORESTIER

juin
2002

U.S.T.L.
C.U.E.E.P.

N° 47-48

EDUQUER POUR LA SANTE

Coordination : Danièle FORESTIER

Ont contribué à l'élaboration de ce Cahier d'Etudes du CUEEP :

- Claude COCHARD, Responsable de la section d'Anor des Restos du cœur ;
- Sandrine COTTET, Etudiante en IUFM
- Céline CREMERS, Formatrice en insertion au CAPEP-Formation d'Anzin
- Béatrice DESSERY, Etudiante en DESS
- Danièle FORESTIER, Maître de conférences en Psychologie au CUEEP.
- Saadi LOUGRADA, Chef de projet en Politique de la Ville
- Le Docteur Philippe MACQUET, Médecin Inspecteur de santé publique à la DRASS de Lille
- Stéphanie MAZUREK, Educatrice Spécialisée auprès des personnes déficientes intellectuelles

|

|

S O M M A I R E

AVANT-PROPOS - DANIELE FORESTIER	p. 5
PREFACE PAR LE DOCTEUR PHILIPPE MACQUET	p. 7
1. Les bases du projet négocié	p. 7
2. Déroulement de l'action	p. 9
3. Quelques résultats	p. 11
INTRODUCTION GENERALE PAR DANIELE FORESTIER	p. 17
1. Plan de l'ouvrage	p. 17
2. Méthodologie "compréhensive"	p. 23
3. Education pour la santé et perception de soi	p. 25
4. Aspects sociocognitifs d'une éducation pour la santé	p. 27
5. Application de l'architecture à une des enquêtes réalisées	p. 31
6. Les composantes sacionormatives des actions de prévention santé	p. 33
7. En quoi les normes élaborées en groupe agissent-elles concrètement ?	p. 35
Quel avenir pour les actions de santé en milieu rural ? par Béatrice Dessery	p. 39
1. Concepts clés en santé mobilisés dans l'étude	p. 41
2. Les concepts clés en psychologie sociale	p. 50
3. Etude	p. 57
4. Représentation de la mission de maire	p. 73
5. Conclusion	p. 74
La promotion des activités sportives en milieu de détention peut-elle améliorer la santé ? par Saadi Lougrada	p. 79
1. L'éducation pour la santé en milieu de détention	p. 82
2. Présentation du terrain	p. 93
3. Le champ et la méthode	p. 95
4. L'échantillon	p. 98
5. Analyse de contenu des entretiens	p.100
Propositions d'actions	p.121

L'identité, le bien-être et la santé des personnes précarisées p.127
par Stéphanie Mazurek

- 1. La pauvreté : définition et chiffres p.129
- 2. La pauvreté et la santé p.131
- 3. La santé p.139
- 4. L'identité p.142
- 5. Le cadre de ma recherche p.148
- 6. Mes résultats p.154
- Bibliographie p.194

Une action d'insertion sociale à Anor : Un mieux-être exprimé p.197
par les participants par Claude Cochard

- 1. Un bref rappel des évènements p.198
- 2. Philosophie de l'action p.209
- 3. La recherche des moyens de transformation de la situation par Paulo Freire p.219
- 4. A la recherche d'une méthode de travail : l'approche non directive p.222
- 5. Analyse qualitative p.231
- 6. Conclusion : l'expression d'un mieux-être p.238
- Index des sigles p.240
- Bibliographie p.242

Alimentation et cancer : L'impact d'un outil de prévention par p.249
Céline Cremers

- 1. Intro p.249
- 2. Les notions de référence p.250
- 3. Réalisation de la recherche p.259

La prévention par l'apprentissage : Une expérience p.271
d'éducation nutritionnelle par Sandrine Cottet

- 1. Intro p.271
- 2. Méthodologie de la recherche p.272
- 3. L'apprentissage par le groupe p.277
- 4. L'analyse des données p.293
- 5. Conclusion p.303

AVANT-PROPOS

Par Danièle FORESTIER

Les auteurs de ce cahier d'études sont des enseignant-chercheur, médecin, étudiants de 3^e cycle, étudiants de maîtrise de Sciences de l'Education, membres (ou associés) de l'équipe de recherche "analyse des pratiques éducatives; sous thème pratiques d'éducation pour la santé" du Laboratoire TRIGONE du CUEEP, Université des Sciences et Technologies de Lille.

L'axe de recherche spécifique de cette équipe, dirigée par Danièle Forestier, Maître de conférences en psychologie au CUEEP, est d'apporter les concepts de base nécessaires pour mener des actions d'éducation pour la santé et évaluer ces actions, tout au long de leur déroulement, afin de les rendre plus efficaces et d'en affiner le bien-fondé et la pertinence à la fois théorique et méthodologique.

Les travaux présentés ici ont fait l'objet d'un contrat de recherche avec la DRASS (Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) du Nord- Pas-de-calais dans le cadre du PRS (Programme Régional de Santé) Challenge.

Ils visent particulièrement à élaborer des référentiels permettant de spécifier et de programmer au mieux les actions de prévention-santé visant à réduire l'incidence et la prévalence des cancers, et cela en tenant compte des particularités de la population du Nord- Pas-de-calais en matière de comportements liés à la santé, à la gestion du stress et des conduites à risque.

Ces études s'intègrent dans un projet plus vaste réalisé en lien avec le Laboratoire Proféor de l'Université de Lille3 et tout particulièrement l'équipe "Education et santé", animée par Jacqueline Billon, Maître de conférences en Sciences de l'Education.

Le recensement et l'étude des actions de prévention réalisées dans ce cadre ont été rendus possible grâce au "passeport" délivré par le Docteur Philippe Macquet, Médecin Inspecteur de Santé Publique, pilote du PRS Challenge, sans qui les chercheurs et étudiants de l'équipe "éducation pour la santé" n'auraient pu réaliser leurs enquêtes.

Qu'il soit remercié pour son soutien attentif et pour les moyens mis à la disposition de l'équipe afin que ce programme de recherche puisse être mené à bien.

PREFACE

LA PREVENTION DES CANCERS :

QUELLES PRATIQUES ? QUELS REPERES POUR AGIR ?

Par Philippe MACQUET

De façon sans doute ambitieuse, les premiers acteurs du Programme régional de santé (PRS) sur les cancers dans la région Nord - Pas-de-Calais, au moment de la construction de celui-ci (1998), ont voulu clarifier les bases sur lesquelles la prévention des cancers est construite. Ils ont élaboré une réflexion qui a abouti à un projet courant 1999, intitulée "***Construire des référentiels régionaux en prévention des cancers***". Ainsi, depuis la rentrée universitaire 1999-2000, durant deux années consécutives, deux équipes universitaires (éducation à la santé) y ont œuvré, de Lille 3 et de Lille 1.

En effet, l'enjeu est de taille : le Nord - Pas-de-Calais paie un lourd tribut aux cancers, puisqu'il se situe en dernière position régionale concernant la mortalité, en particulier pour les taux de mortalités prématurées pour tous les principaux cancers : poumons, voies aéro-digestives supérieures, appareil digestif, prostate, sein,... Or, il apparaît qu'environ 50 % d'entre eux sont théoriquement accessibles à la prévention.

1. LES BASES DU PROJET NEGOCIE

Le projet présenté ici l'est selon la méthodologie qui a été adoptée pour tous ceux qui ont été déposés en 1999 dans le cadre du programme sur les cancers intitulé "Challenge". La méthodologie est maintenant étendue aux 6 programmes régionaux - les PRS - qui se déroulent dans la région depuis deux ans.

1.1 Justification et historique du projet

Le projet part de constats : d'abord que l'écart reste considérable entre le niveau de connaissance des individus et les comportements de santé ; ensuite les actions de prévention des cancers, que ce soit en éducation ou en promotion de la santé, ont rarement fait l'objet d'évaluation ; il faut aussi

reconnaître que les projets sont le plus souvent construits sans référentiels exprimant sous forme explicite les modalités d'actions efficaces, les produits et les résultats attendus, les savoirs théoriques et pratiques sur lesquels ils s'appuient.

Aussi le projet de recherche s'est efforcé d'identifier les pratiques éducatives en santé susceptibles de faciliter l'adoption de comportements conduisant à la santé, sur la base des théories de l'apprentissage, des pratiques actuelles évaluées et des démarches d'appropriation de promotion de la santé.

Le but est de construire des outils permettant de mieux organiser la prévention primaire des cancers dans la région, compte tenu des caractéristiques de la population du Nord - Pas-de-Calais ; et de donner aux acteurs de terrain de meilleurs repères d'action, pour sortir des démarches souvent empiriques ou basées sur des présupposés : la prévention est encore trop souvent affaire de bonne volonté.

1.2 Objectifs du projet

Ils se réfèrent d'abord au premier des 4 buts généraux arrêtés par le programme – 1^{ère} étape 1999/2002 – poursuivis et affinés pour les 5 années suivantes, jusqu'en 2006 au moins.

*"Gagner des années de vie : **réduire les mortalités prématurées**, par la prévention, le dépistage,... en rapport avec les 5 cancers dominants : poumons, sein, voies aéro-digestives supérieures, appareil digestif, prostate".*

Dans l'axe "prévention", le programme avançait en 1999 des objectifs spécifiques, dont : *"Bâtir des référentiels de prévention et un argumentaire, et les faire connaître".*

Le projet a voulu répondre à cette attente : *"Il s'agit de concevoir des référentiels de la prévention primaire des cancers, dans le contexte régional, en lien avec les besoins de la population du Nord - Pas-de-Calais."*

1.3 Bénéficiaires du projet

Ce sont d'abord les porteurs des projets et des actions de prévention primaire de la région Nord - Pas-de-Calais.

Mais au-delà, le projet s'adresse aux acteurs de santé publique et à ceux des organismes financeurs, qui impulsent ou développent la prévention dans la région, en retenant et en finançant des projets.

En final, ce sont les populations qui devraient bénéficier réellement de cet outil. Cela concerne aussi bien les individus exempts de risques, pour qu'ils restent en bonne santé, que les groupes à risques : consommateurs tabagiques, ceux dont l'alimentation est déséquilibrée, buveurs excessifs d'alcool, populations précarisées....

2. LE DEROULEMENT DE L'ACTION

2.1 *Quel est le type d'action de recherche ?*

Un premier travail de recensement documentaire a d'abord été effectué dans la littérature, régionale, nationale et internationale, concernant les actions de prévention primaire des cancers. Il a permis une analyse par classification des modèles, des théories et des méthodologies utilisées.

Un deuxième travail a consisté, à partir d'un échantillon de 15 actions du PRS Challenge, puis d'autres menées dans les autres programmes, à analyser les modalités de mise en place et de fonctionnement de ces actions ainsi que les effets qu'elles produisent. Pour quelques unes, cela a été facilité lorsqu'une évaluation avait été pratiquée.

Des entretiens sur les pratiques de prévention ont aussi été réalisés auprès des porteurs d'action et des bénéficiaires de ces actions.

Devant les difficultés de clarifier les bases de la prévention à travers ces différentes approches, un quatrième travail a été entrepris auprès d'un panel de quelques "experts" régionaux reconnus, agissant en prévention depuis 15 à 25 années, afin d'étudier les références de leurs pratiques. Ce travail sera présenté dans la troisième partie de cette publication.

Niveau géographique d'intervention : Les actions retenues du PRS Challenge et des autres PRS, sont soit de niveau régional, soit plus localisées, dans le Nord (Lille, Roubaix, Hem, Dunkerque, Cambrai,...) ou le Pas-de-Calais (Arras, Douvrin...).

Les recherches documentaires ont largement dépassées les niveaux régionaux ou nationaux, internet a permis de balayer la documentation internationale.

Etapes, moyens et outils associés. Les étapes ont été les suivantes :

Janvier 2000 à Juin 2000 : classification et analyse critique de la littérature nationale et internationale. Choix des 15 actions de prévention des cancers. Construction des grilles d'entretien pour les professionnels et la population.

Juin 2000 à Octobre 2000 : réalisation et analyse des entretiens auprès des professionnels de la prévention et auprès des populations des 15 actions choisies.

Année 2000 – 2001 : d'autres moyens ont été utilisés, à partir de la revue bibliographique sur internet et dans les bibliothèques universitaires, des actions de prévention, qu'elles se soient déroulées en France ou dans d'autres pays.

Des entretiens ont été réalisés auprès des porteurs de projet et des bénéficiaires des actions.

Enfin, des travaux ont pu être produits courant 2000 et fin 2001.

Quel partenariat est associé ?

Les instances régionales et locales, les porteurs de projets, les associations par lesquelles les actions sont mises en place, sont largement associés.

Le laboratoire Géréor de l'université de Lille 3, faisant le pont entre le PRS Challenge et les deux universités de Lille1 - laboratoire Trigone - (Madame Danièle Forestier) et de Lille3 (Madame Jacqueline Billon).

2.2 Suivi et évaluation du projet

Un groupe technique de suivi animé par le pilote du PRS "Challenge" et associant des acteurs de prévention, a suivi l'avancement du projet en tenant deux rencontres par an. Il n'y a pas eu d'évaluation à probablement parler.

2.3 Ressources mobilisées

Moyens humains : le travail de recherche documentaire fondamentale a été encadré et suivi par madame Jacqueline Billon, maître de conférences en éducation pour la santé à l'université de Lille3.

Le travail de terrain a été suivi par madame Danièle Forestier, chercheur en psychologie de l'éducation et maître de conférences à l'université de Lille1 et réalisé par 15 étudiants inscrits en maîtrise de sciences de l'éducation.

La quatrième partie a été suivie par Philippe Macquet. Certains ont participé au comité de suivi de la recherche.

Des bénéficiaires du projet, les porteurs d'action, ont été associés à la démarche d'enquête par entretiens. Ils ont facilité le choix des personnes à interroger.

2.4 Outils de communication pour valoriser le projet

La publication des résultats des travaux dans les revues scientifiques dans le champ de l'éducation à la santé sera une première étape.

Rencontres et débats sont prévus, en particulier au cours de la première journée régionale de prévention des cancers "santé – printemps" qui se tiendra le 4 juin 2002 au Centre régional de lutte contre les cancers, Centre Oscar Lambret "Faites de la santé".

3. Quelques résultats : L'enquête exploratoire complémentaire

Cette enquête exploratoire a été menée par Marie-Joseph Logez et Lionel Benoît, étudiants en DESS Education et Santé à Lille 3, sous la conduite de Philippe Macquet, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS et directeur de stage.

Pour étayer leurs recherches, les étudiants ont réuni des professionnels de la prévention chevronnés (15 à 25 ans de pratique continue), afin de faire émerger les repères qu'ils utilisent pour mener des actions de prévention et de promotion de la santé.

■ 1. Méthode

Le groupe de travail a été composé de 5 personnes. Celles-ci sont représentatives des différentes orientations régionales en matière de prévention :

- Prévention du tabagisme
- Santé communautaire
- Promotion de la santé
- Prévention de l'alcoolisme
- Education pour la santé

Ces personnes sont porteurs et acteurs de prévention.

Le groupe a travaillé selon une perspective chronologique, c'est-à-dire qu'il a abordé successivement les différentes étapes de la création d'une action. La rédaction d'un premier document a repris l'ensemble des idées exposées, ainsi que leurs références théoriques. Le document, esquissé à l'issue de la 1^{ère} réunion, a été soumis aux professionnels qui l'ont constamment amélioré de leurs remarques. Sa construction a été constamment enrichie. Il a donc évolué jusqu'à sa forme finale validée par le groupe de travail et présentée ci-dessous. La discussion s'est élaborée à partir de trois questions :

1. "Ce qu'on croit qui marche en prévention"
2. "Ce qu'on croit / sait qui ne marche pas"
3. "Ce qu'on ne sait pas"

Observation participative	<p>⇒ Ouvrir le partenariat, ⇒ Agir en s'adaptant aux réalités territoriales, ⇒ Décliner l'action dans la durée.</p>	
	<p>4. En exerçant sa responsabilité, apprendre à perdre du pouvoir et reconnaître celui de l'autre. Reconnaître les dynamiques à l'œuvre dans la population, les "savoir-faire" des gens</p>	<p>Erikson 1^{er} principe de Caracas</p>
	<p>5. S'intéresser à chaque personne, en particulier ceux que l'on catégorise artificiellement, dans la précarité, en étant attentif à sa capacité de créer, d'agir, de faire expérience personnelle</p>	<p>Belgard (sociologue)</p>
	<p>6. Il est souhaitable de s'interroger sur ses limites (en tant qu'acteur de prévention) et sur celles de l'autre, de réfléchir à sa pratique, de l'explicitier pour mieux l'ancrer dans un cadre théorique. En effet, la façon d'accompagner une personne dans une action est contextuelle, elle dépend des valeurs religieuses, culturelles, économiques, politiques...</p>	<p>Belgard, expérience personnelle</p>
	<p>7. Favoriser, par les chemins de la prévention, l'expression des désirs et des attentes chez les personnes (individuellement ou en groupe) engendre souvent un plaisir partagé.</p>	<p>Michel Lecomte DSQ "la santé aussi" P Macquet, P Colmann</p>
<p>8. Répondre au besoin d'estime de soi qui est un besoin fondamental de l'espèce humaine : il apporte de la sécurité et contribue à développer l'autonomie, d'autant que les personnes Philippe Jammet sont fragilisées.</p>	<p>2^{ème} principe de Caracas</p>	

<p>Déroulement</p>	<p>9. Au cœur de la praxis de la prévention ⇒ Faciliter l'expression de la demande ⇒ Concourir à une démarche de conscientisation ⇒ Etre auteur et acteur</p> <p>10. Situer les enjeux liés au pouvoir, à l'avoir et au savoir (moyens nécessaires) face à ceux de l'être (qui donne le sens de l'action).</p> <p>11. Au regard de ce qui vient d'être cité, l'acteur se posera la question préalable suivante de l'action quelle que soit l'action : "Quels bénéfices la population va-t-elle retirer de l'action ?"</p> <p>12. Il est important de connaître les croyances, les représentations, les connaissances, les besoins, les aptitudes, les habiletés et le contexte de vie.</p> <p>13. Pour que l'action soit respectueuse des acteurs de la communauté, il faut rechercher à mobiliser la population, à travailler dans la durée (au minimum 5 ans, voire durant une génération) et en partenariat (même avec des professionnels de champs différents).</p> <p>14. On cherchera à développer tant que possible une démarche communautaire dans laquelle l'acteur de prévention est un catalyseur des attentes, des énergies et des projets. En ce sens, et promotion de la santé l'accompagnement et l'auto développement sont à promouvoir.</p> <p>15. Toute action qui se fixe pour objectif de modifier les comportements s'octroie une vertu de puissance irréaliste. Il est préférable d'agir sur les conditions qui permettent aux gens d'évoluer dans leurs comportements.</p>	<p>Paolo Freire : "La pédagogie des opprimés", MdsI, Bernard Pissarro</p> <p>Lacan</p> <p>Opérationnalité d'un objectif (PRS)</p> <p>PRS</p> <p>Développement social</p> <p>SFSP</p>
---------------------------	--	--

<p>Evaluation</p>	<p>16. L'utilisation de la peur comme levier de prévention, même si elle peut donner l'illusion d'efficacité à court terme, est inopérante à moyen et long terme, d'autant pour les personnes et populations défavorisées, qui s'en trouvent déstabilisées et aggravent secondairement leurs comportements</p> <p>17. Il faut rechercher la cohérence, l'adéquation entre les objectifs, les méthodes, les moyens, les modèles et concepts. Ceci implique de constituer au préalable une équipe, un groupe porteur chargé de clarifier les principaux éléments de l'action préventive : durée, méthode, territoire, public et évaluation.</p> <p>18. Un état des lieux participatif doit être réalisé dans une perspective systémique qui tienne compte de l'environnement psychoaffectif, social, économique et culturel.</p> <p>19. Dans une telle démarche, l'évaluation est transversale et concerne aussi bien le processus (qui révèle le sens de ce qui est fait) que le résultat.</p> <p>20. L'évaluation, qui permet de révéler les enjeux et les contradictions, doit être partagée et non plaquée par une instance</p>	<p>Etudes évaluées et validées</p>
--------------------------	--	------------------------------------

Certains points semblent surgir de façon récurrente dans les discours :

- L'importance des valeurs que les acteurs utilisent lors de l'élaboration et la mise en œuvre de l'action.
- La place de la population comme incontournable détentrice de la connaissance de ce qui est bon pour elle.
- Les enjeux, les contraintes (pouvoir...)
- La nécessité d'une cohérence interne à l'action
- L'importance d'un accompagnement des actions, en vue de favoriser le développement.

L'évaluation est expérimentée comme étape primordiale.

CONCLUSION

Le travail sur les référentiels nous aura révélé, au-delà de la recherche d'éléments immuables dont nous trouvons les repères constants au niveau de l'éthique, que la prévention se base sur des constantes : celles de la vie, en mouvement, en interrogations et en adaptations permanentes, autour de questionnements bien repérés. Les référentiels immuables et figés en prévention sont un leurre et un mythe, ils n'existent pas. A chaque acteur de cheminer dans le "bon ordre du développement", à travers les étapes qui permettent à chacun d'entreprendre.

Philippe MACQUET
Médecin de santé publique
Pilote du PRS sur les cancers "Challenge"

INTRODUCTION GENERALE :

LES DIMENSIONS PSYCHOSOCIALES DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

Par Danièle FORESTIER

1. PLAN DE L'OUVRAGE

La préface de l'ouvrage a été rédigée par le Dr Ph. Macquet, qui brosse le tableau général de l'étude et présente les premiers résultats. Ces éléments sont le fruit d'un travail de réflexion et de synthèse d'un groupe d'acteurs de prévention. Ils jettent les bases du contexte dans lequel se sont déroulées les enquêtes présentées ci-dessous.

Ensuite, **le premier chapitre** relate une enquête réalisée sur les politiques territoriales et leur lien avec la santé.

La démarche menée par Madame **Béatrice Dessery**, vise à savoir comment les élus locaux, proches de la population et de ses problèmes, peuvent être un levier dans les actions de prévention, en quoi ils se sentent concernés par la santé de la population, et tout particulièrement dans l'amélioration de la restauration pour personnes âgées et dans les cantines scolaires. En quoi les élus locaux peuvent-ils être des agents de promotion de la santé ?

Ce travail sert d'appui à l'action du PRS Challenge "former des professionnels pour une meilleure efficacité de l'accompagnement alimentaire".

Il s'est déroulé auprès d'un échantillon de dix élus locaux du canton de Marchiennes.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de connaître les représentations des élus locaux en matière de santé et d'alimentation. Les maires ont également été interrogés sur la représentation qu'ils ont de leur mission.

Les résultats montrent que selon ces maires, la santé n'est pas réservée à une communauté d'experts.

Ils peuvent s'y engager mais n'ont pas toujours une vision positive de la santé et la voient plutôt comme l'absence de maladie.

Seuls les maires ayant une bonne connaissance des problèmes des administrés se sentent prêts à s'investir dans ce rôle. Ils voient surtout leur

action auprès des jeunes, de manière à les doter de ressources personnelles pour faire face aux situations de la vie.

Concernant l'alimentation, ils la voient comme une nécessité, un plaisir de temps en temps. La notion d'équilibre alimentaire est peu présente ou vue comme contraignante en temps et en connaissances spécifiques, ce qui explique leur mauvais comportement alimentaire avoué.

En conséquence, pour eux, les questions de cantine scolaire sont l'affaire des diététiciennes. Et l'alimentation en général relève du domaine privé.

Quant aux conduites addictives, elles sont pour eux le reflet de l'évolution des conditions de vie et surtout des loisirs et se banalisent.

Concernant l'intégration des actions de prévention à leur mission de maire, ils s'y montrent peu enclins, compte tenu de la lourdeur de leur charge, d'autant plus que la population ne renvoie pas de besoins en la matière et que les maires ne se sentent pas compétents dans ce domaine.

Par ailleurs les actions de santé ne reçoivent pas les faveurs des maires qui les considèrent comme intrusives et s'opposant à leur façon de procéder : agir à partir des besoins exprimés.

Certains acceptent cependant de jouer un rôle d'information voire de relais des structures sanitaires.

D'une manière générale, les élus n'ayant pas d'activité professionnelle, une origine dans le canton, une implication dans le bénévolat et/ou une connaissance des problèmes de leurs concitoyens sont plus enclins à promouvoir la santé.

De même ceux qui ont la vision de la santé comme d'un réservoir et font le lien entre alimentation et santé. Enfin, ils souhaitent limiter leur action à de la prévention en vue du bien-être de leurs administrés mais ne sont pas concernés par les problèmes d'alimentation

Le deuxième chapitre a été rédigé par Monsieur **Saadi Lougrada**. Son travail de recherche se situe au centre de détention de Bapaume, auprès des personnes incarcérées en milieu ouvert mais repérées comme ne sortant pas de leur cellule et par conséquent à haut risque cardio-vasculaire. A travers les activités sportives et les marches en milieu naturel, ont été étudiés les changements relatifs à la santé en général, à l'image de soi et à l'intégration sociale.

Afin d'évaluer l'impact des activités sportives sur la santé des détenus, des entretiens semi-directifs ont été menés sur un échantillon de six hommes et de six femmes âgés de 38 à 60ans et plus, et incarcérés depuis plus de 5 ans pour délit lourd (agression sexuelle ou meurtre).

L'analyse du contenu des entretiens révèle que pour les détenus, le sport est un moyen de préserver leur équilibre face à l'enfermement, au regard des autres et aux problèmes d'ordre physique. La pratique sportive fait oublier un temps leur situation de détenu, elle permet d'avoir moins recours aux médicaments, notamment pour dormir ou pour diminuer l'angoisse.

Cela aide à garder bon moral, à décompresser, à se dépenser.
Cela aide aussi à perdre du poids car la plupart des détenus prennent entre 10 et 20 kg en début d'incarcération. Avec la pratique d'un sport, on se sent mieux dans ses vêtements et dans son corps.
On se gave moins de sucreries, on fume moins, on dort mieux.
Le sport aide aussi à lutter contre les pulsions suicidaires. Pour les détenus, la prison, "c'est la fin": le sport est alors ressenti comme un besoin, nécessaire à l'équilibre, qui aide à "tenir le coup".
Il est souvent vu comme une sorte de thérapie qui permet de s'extérioriser et d'aller mieux par la même occasion. Cela permet de "ne pas perdre la tête" et de gérer mieux ses angoisses.
Autre dimension du sport : il aide à "s'évader" un moment, à être libre dans sa tête.

De plus, les sports collectifs sont vus comme aidant à mieux se connaître et à mieux connaître les autres détenus (leur capacité à respecter l'autre sans chercher à l'écraser).
Cette étude ouvre des pistes intéressantes en matière de prévention par le sport en tant que facteur d'intégration sociale et d'épanouissement personnel et comme puissant catalyseur face aux difficultés personnelles.

Dans le troisième chapitre, mademoiselle **Stéphanie Mazurek** décrit son travail de recherche, qui s'est déroulé dans le quartier de Lille-Moulins. Ainsi, S. Mazurek s'interroge sur les liens existant entre santé et précarité, sachant que la précarité économique et sociale est source de grandes souffrances. Dans cette optique, quelle prévention mettre en œuvre et quels effets peut-on en attendre sur la santé?

Deux structures de promotion de la santé ont été sélectionnées dans le quartier de Lille-Moulins : le Centre d'Activités Sportives Permanentes de l'Armée du Salut et le club santé du Centre Social Marcel Bertrand.
Un échantillon représentatif des usagers de ces deux structures a été interrogé, par entretiens semi-directifs, sur l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et l'on a cherché à repérer en quoi cette image peut être modifiée par les actions de prévention menées avec eux. Cette étude s'appuie sur les travaux de R. Lécuyer sur les différentes facettes du soi.

Elle montre que les différents aspects du soi des usagers sont modifiés par les actions de prévention menées dans ces deux structures.
Au niveau du soi matériel on constate une plus grande attention au corps aussi bien chez les personnes pratiquant des activités sportives à l'Armée du Salut que chez celles qui participent au club santé.
Au niveau du soi personnel, la fréquentation des structures citées amène à une meilleure confiance en soi et une image de soi moins négative.
Le soi adaptatif se trouve également renforcé : les usagers expriment en quoi ils sont désormais plus efficace dans la gestion de leur vie et, par là même en quoi ils se découvrent des compétences non conscientisées jusqu'alors.

Le soi social fait l'objet d'un développement avéré de la communication avec autrui et du nombre de relations.

Au niveau du soi non-soi, un sentiment d'existence, apparaît selon les usagers, grâce au regard des autres (les relations nouvelles créées grâce au club).

Ces résultats sont, bien sûr des tendances générales et chaque usager ne profite pas de tous les bienfaits sus-cités simultanément. Cela dépend d'ailleurs beaucoup de la durée de fréquentation de la structure.

Le quatrième chapitre décrit une action réalisée et évaluée par Monsieur **Claude Cochard**, qui s'est déroulée dans la commune d'Anor (59), dans le cadre des Restos du Cœur.

Une association "A deux mains" a été créée dans un but d'insertion sociale des personnes bénéficiaires des Restaurants du Cœur au Centre de distribution d'Anor.

Les objectifs de cette association est de rendre ces personnes autonomes et actrices de leur vie.

Cette insertion sociale passe par des initiatives diverses comme les activités "santé" et l'équilibre alimentaire à travers notamment un jeu de l'oie, le "look" assuré par une socio-esthéticienne, l'échanges de savoirs, le jardinage, la découverte de l'environnement social, économique et culturel ...

Une observation assortie d'entretiens a permis de repérer les représentations, les attentes et changements d'attitude des participants.

La pédagogie utilisée (pédagogie de la libération de Paolo Freire) est évaluée dans ce contexte.

Les résultats de l'évaluation montre un public en grande difficulté d'expression utilisant un vocabulaire limité et ayant de grande difficulté à verbaliser et analyser son vécu.

La référence au travail comme élément de socialisation est peu exprimée. Par contre apparaissent la perte de lien social et le repli sur soi ainsi que le regard des autres.

L'engagement dans l'association "A deux Mains" est quelque fois bien réel et il s'assortit de la conscience de la capacité à changer le cours des choses, avec une mise en œuvre effective des changements.

Suite à l'engagement dans l'association, un mieux-être est exprimé qui semble tenir au changement de relations, au rétablissement du lien social et à la remise en action.

Quant à l'impact des séances de sensibilisation et de connaissance de l'environnement, il n'est pas encore très net après seulement trois ans de fonctionnement de l'association.

Néanmoins, l'impact sur l'image de soi et la remise en action est effectif.

Les deux derniers chapitres portent sur l'étude de la mise en place d'une éducation nutritionnelle au sein d'une entreprise.

Dans le cinquième chapitre, Mademoiselle **Céline Cremers** relate une enquête se déroulant à la Française de Mécanique à Douvrin.

L'enquête s'est attachée à repérer comment le calendrier diététique utilisé par l'équipe de prévention de l'entreprise (l'association Arc-en-ciel), sur la base du calendrier édité par la Ligue contre le cancer, a été perçu par les femmes d'employés de l'entreprise et en quoi ce calendrier a pu modifier leurs attitudes face à l'alimentation.

Un échantillon de femmes salariées de la Française de Mécanique a donc été constitué et des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de ces femmes afin de vérifier si la représentation qu'elles ont de la santé et de l'équilibre alimentaire étaient bien conforme à l'idée qu'en a l'équipe de promotion de la santé. Les femmes ont aussi été questionnées sur leurs habitudes alimentaires et on leur a demandé comment elles avaient accueilli et perçu le calendrier diététique.

Deux personnes de l'équipe de promotion de la santé ont également été interrogées afin de repérer les objectifs et moyens de l'action ainsi que les perceptions qu'elles ont du comportement alimentaire des familles des salariés.

Les entretiens ont montré que la plupart des femmes avaient des représentations très élémentaires de la santé (la santé comme vide) mais trois d'entre elles peuvent jouer un rôle d'ancrage des nouveaux concepts de santé dans le groupe, car elles voient plus la santé comme un équilibre ou comme un réservoir.

Pour ces femmes, le bien-être est surtout d'ordre psychologique et, pour certaines, d'ordre social. Elles expriment bien le lien entre santé physique et santé morale.

Quant à l'alimentation, 80% des femmes ont conscience du lien avec la santé, contrairement aux présupposés de l'équipe de prévention.

L'équilibre alimentaire est associé avec la diversification des mets, la consommation de fruits et légumes et l'importance de faire au moins trois repas par jour.

Par contre, c'est au niveau de l'application concrète des principes diététiques que le bât blesse : pas assez de fruits et légumes, nombreux grignotages pour un grand nombre de ces femmes, importance des traditions régionales et culturelles : graisses animales, frites.

Le calendrier, quant à lui, a été bien perçu et a suscité l'envie de consommer plus de fruits et légumes mais personne ne s'est donné la peine de lire le mot d'information au dos du calendrier. Des échanges sous forme de réunions autour de l'alimentation sont préférés par les femmes.

En conclusion l'impact du calendrier en tant que tel est de peu d'importance. Toutefois, il a incité les femmes salariées à se réunir et à échanger. C'est là que commence le vrai travail de prévention à condition bien sûr de ne pas "laisser retomber la vapeur" s'il n'y a pas de suite durable à ces réunions.

Le sixième chapitre porte sur le travail d'analyse effectué par Mademoiselle **Sandrine Cottet**.

Ce travail est plus du type recherche-action et vise à étudier les changements de comportement alimentaire dans les familles des salariés à travers les séances d'échanges et de pratiques de recettes diététiques sur la base du calendrier diététique.

L'objectif de cette recherche-action était de savoir si la réflexion de groupe autour du calendrier permettrait d'acquérir de nouvelles notions relatives à l'équilibre alimentaire, de remettre en question les comportements alimentaires posés jusqu'à présent et d'appliquer les nouvelles notions au quotidien.

Le but était de pointer les mécanismes de changements impulsés par le groupe des participants.

Deux réunions ont donc été programmées : une avec 6 femmes de salariés et une avec 4 femmes.

Un questionnaire et des entretiens ont ensuite permis de recueillir les effets de l'action.

Ils ont permis de constater que les habitudes alimentaires ne sont généralement modifiées que suite à un problème de santé : diabète, hypertension...

L'analyse a permis de montrer que le lien entre alimentation et cancer est peu présent, même si les personnes sont sensibles à l'équilibre alimentaire. L'alimentation est associée à la notion de convivialité et de plaisir mais qui dit plaisir dit aussi, semble-t-il, excès.

Les personnes disent ne pas consommer beaucoup de fruits et légumes mais davantage de produits "lourds".

Les entretiens ont démontré que des notions de prévention des cancers ont été assimilés par ces femmes lors des réunions, ce qui en montre l'intérêt et la pertinence.

Chez plusieurs femmes, la réunion a provoqué un "petit déclic ", notamment dans la prise de conscience de leur comportement alimentaire et a permis de porter un jugement sur leurs pratiques et de se décentrer par l'écoute de points de vue différents du leur. La réunion a induit chez les femmes une recherche d'informations sur l'alimentation.

Toutefois une seule réunion n'a pas vraiment permis de changer les habitudes alimentaires de ces personnes.

Là encore, seul le long terme peut payer en matière de prévention.

2. UNE METHODOLOGIE "COMPREHENSIVE"

Le lecteur de cet ouvrage pourra, en consultant la bibliographie jointe, se faire une idée de la difficulté qu'il peut y avoir à réunir les champs conceptuels et méthodologiques des Sciences de l'Education et de la Santé, tant il est vrai que la démarche scientifique en Sciences de l'Education diffère souvent de celle fondant les recherches en Epidémiologie et en Santé Publique.

En éducation, même si les études expérimentales et/ou qualitatives sont nécessaires afin de relever des tendances générales concernant les attitudes, opinions, croyances et comportements des personnes concernées par les actions de prévention santé, il est tout aussi vrai que des études plus qualitatives, plus "compréhensives" sont utiles quand il s'agit de repérer et d'analyser les représentations des personnes concernant la santé, la maladie et les moyens de se prémunir des cancers.

Il en est de même quand il s'agit de repérer ce qui amène les personnes à des modes de vie sains, notamment au bien-être et à la gestion de situations stressantes, qui sont des préalables à l'établissement et au maintien d'un bon état de santé (voir plus bas la définition OMS 1986).

Ces études ne peuvent être réalisées qu'en interrogeant les personnes concernées afin de pointer les leviers sur lesquels se sont ancrés -ou pourront s'ancrer- les actions de prévention en tentant de comprendre comment ces actions sont perçues par les personnes concernées et en quoi cela a déjà modifié - ou pourra modifier- leurs attitudes, leurs représentations et leurs comportements, tant il est vrai qu'on ne modifie pas à volonté un mode de vie, lequel est ancré souvent depuis longtemps chez la personne et repose sur le partage de valeurs familiales et communautaires et s'est procéduralisé via des automatismes qu'il n'est pas facile de déconditionner.

Ainsi, les recherches consignées dans cet ouvrage font appel à des techniques d'enquête basées sur l'interrogation des personnes en vue de comprendre leur vécu et les mécanismes psychologiques et sociologiques en jeu dans le maintien et la conquête de modes de vie sains.

Etant animée par la volonté de ne pas opérer d'intrusion massive dans la vie des gens, l'équipe a décidé de ne pas procéder à des observations "in situ" de ces personnes.

Car lorsqu'il s'agit - comme on le verra plus loin- d'étudier les comportements alimentaires des personnes, leur gestion du quotidien, la reconstruction d'une vie sociale quand le chômage et/ou la précarité s'installe, il est difficile pour le chercheur de s'immiscer dans la privée des gens et on ne peut alors que les interroger, tout en sachant qu'il faudra ensuite, par recoupements, vérifier que les données recueillies ne sont pas trop entachées de subjectivité.

Une recherche étant toujours une interaction entre une méthode et un objet d'étude (Guilbert et Jumel, 1997)¹, il convenait de tenir compte de ces contraintes de terrain et de respecter surtout la vie privée des gens.

Nous adhérons en effet à la formule de M. Vial (2000)² à propos de la recherche sur les pratiques sociales selon laquelle "*Opter pour l'idée que la recherche nourrit les pratiques plus qu'elle ne les transforme est une façon de se situer dans [un] continuum*", entre deux positions extrêmes : la première, praxéologique, veut faire en sorte que la recherche transforme et améliore les pratiques. La deuxième sait que la recherche change le trajet des pratiques mais ne permet pas de prévoir ces transformations.

Ainsi, notre but est non pas d'expliquer et transformer les pratiques mais plutôt de les comprendre, "*sachant que comprendre pourra influencer sur ces transformations*"(Vial, 2000).

C'est la démarche qu'a utilisé Béatrice Dessery dans son enquête auprès des élus locaux du canton de Marchiennes.

Il s'agissait bien là non pas de transformer les pratiques des élus locaux mais de comprendre comment ils pourraient intégrer une action de sensibilisation de leurs administrés dans leur mission de maire.

Il fallait tenter de comprendre quelle représentation les maires ont de leur rôle d'élus et quels sont les secteurs dans lesquels ils estiment avoir une action efficace.

La question est de savoir jusqu'où un élu local peut "pénétrer" dans la vie des gens : connaître leur état de santé et leurs besoins en la matière est une chose, leur donner des informations et des conseils de prévention et/ou de soins en est une autre.

La santé fait partie du domaine de la vie privée des gens et l'on s'aperçoit, au fil de l'enquête, que ce secteur est respecté par les élus locaux lesquels estiment que leur mission ne doit pas empiéter sur la vie privée de leurs administrés.

Par ailleurs, leur charge de travail étant déjà très lourde, il semble difficile de leur demander d'y adjoindre des missions supplémentaires.

A fortiori si ceux-ci mènent par ailleurs une activité salariée...

¹ Guilbert J. et Jumel G. (1997) Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Paris.

² Vial M. La recherche en sciences de l'éducation et la santé (2000) in L'éducation pour la santé. Revue Spirale No 25.

3. EDUCATION POUR LA SANTE ET PERCEPTION DE SOI

Afin de rendre compte au mieux des processus sur lesquels peuvent jouer des actions éducatives de prévention, nous avons fait appel essentiellement à des concepts empruntés à la psychologie sociale et socio-cognitive, à la psychologie de la santé, à la psychologie de l'éducation et aux études sur la personnalité.

Les actions de prévention impulsées dans le cadre du PRS Challenge reposent en effet sur les principes de "Santé communautaire"(Monnier et Deschamps, 1980)³.

Elles s'inspirent, en grande partie, des travaux de Paolo Freire (1977)⁴ sur la conscientisation, qui ont inspiré les pédagogies de la libération (Shor, 1992).

Le but de ces pédagogies est de sensibiliser les apprenants à leur rôle d'agent social. Par une méthode active fondée sur le dialogue, sur la critique et la promotion du jugement, le formateur éducateur crée les conditions favorables à une prise de conscience des valeurs intériorisées par le groupe d'apprenants, de sa culture et de son histoire afin de prendre de la distance et de démystifier les modèles imposés par la classe dominante.

Cette prise de conscience se fait de manière active et coopérative par le questionnement de chacun, l'expression libre des intentions des participants en vue d'un projet d'action propre au groupe.

Paolo Freire préconise, dans un premier temps, l'analyse par les apprenants de l'environnement social et culturel dans lequel ils s'inscrivent pour aboutir à l'engagement dans une praxis ayant pour objet la transformation de l'environnement et la libération des apprenants qui passent du statut d'objet à celui d'agent social.

Les premiers effets de la libération sont une modification et une restauration du système de valeurs des gens qui aboutit à une restauration de l'image de soi.

Ceci apparaît clairement dans l'article de C. Cochard où l'on voit un groupe de femmes de la commune d'Anor travailler ensemble à reconquérir leur espace de vie et à reconstruire des rapports sociaux équilibrés grâce à la remise en confiance - et donc l'accès à une image de soi plus positive-, ceci au travers d'activités communes qui les aident à prendre conscience de leurs compétences.

On constate chez ces personnes à quel point le chômage, et l'exclusion qui en découle, a induit un sentiment d'incompétence. Et les actions menées par l'association "A deux mains"de la commune d'Anor ne peuvent transformer cette perception subjective que sur un long décours temporel (au moins un an).

Trois études de l'équipe de recherche ont en fait interrogé et exploré le concept de soi (C. Cochard, S. Lougrada, S. Mazurek). On trouvera dans l'article de S.

³ Monnier J. et Deschamps J.P. (1980) Santé publique, santé communautaire. SIMEP. Villeurbanne.

⁴ Freire P. (1977) Pédagogie des opprimés. Maspéro Editeur. La petite collection. Paris.

Mazurek notamment une analyse détaillée des modifications de l'image de soi telles qu'elles apparaissent chez des personnes en situation de précarité, à la suite de leur intégration dans un des groupes de prévention du quartier de Lille-Moulins.

Le champs théorique ayant permis d'étudier la restauration de l'image de soi est le concept de soi de René L'Ecuyer (1994)⁵.

Il est apparu que ce concept était en forte adéquation avec la définition que l'OMS donne en 1986 de la santé qui est *"un état de bien-être physique, psychologique et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*.

Cet état de bien-être pouvant se définir selon Lauwers (1987)⁶ comme une participation à la vie sociale, l'intégration à l'environnement social, la satisfaction des besoins de tous ordres et l'émancipation c'est à dire l'accès à l'autonomie et à la gestion des contraintes sociales.

Dans ce cadre, les différents éléments constitutifs du concept de soi selon L'Ecuyer ont fourni une grille d'analyse du vécu des personnes en situation de précarité et ont permis de démontrer que chez chacune d'entre elles, et à des degrés et configurations divers, sont modifiées positivement par la participation de ces personnes à des actions de prévention santé :

- le soi matériel (apparence et condition physique, possessions),
- le soi personnel (image de soi, identité),
- le soi adaptatif (compétence, adaptation par des activités réalisées),
- le soi social (attitudes sociales)
- et le soi non-soi (référence à autrui)

Ainsi, les théories de la personnalité ont permis de mieux comprendre en quoi une démarche éducative peut être inductrice d'un mieux-être chez des personnes ayant été atteintes dans la perception qu'elles ont de leur identité propre.

Toutefois, les paroles recueillies auprès de ces personnes montrent que ce processus de modification de l'image de soi ne peut se faire qu'au contact des autres. Tant il est vrai que l'identité personnelle ne peut se construire qu'en référence à autrui *"l'identité résulte donc des relations complexes qui se tissent entre la définition extérieure de soi et la perception intérieure, entre l'objectif et le subjectif, entre soi et autrui, entre le social et le personnel."*Lipiansky, 1990⁷.

⁵ L'Ecuyer R. (1994) Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse. P.U. de Montréal

⁶ Lauwers J. (1987) Op zoek naar welzijn. Leuven : Acco.

⁷ Lipiansky E.M. (1990) Stratégies identitaires. PUF. Psychologie d'aujourd'hui. Paris.

4. ASPECTS SOCIOCOGNITIFS D'UNE EDUCATION POUR LA SANTE

C'est pourquoi une recherche visant à l'élaboration d'un référentiel de prévention ne peut faire l'économie de l'analyse des interactions sociales et des processus socio-cognitifs se déroulant au cours de toute démarche éducative.

La psychologie socio-cognitive nous apprend peu à peu "*comment un être humain interprète, analyse, se remémore et traite l'information; comment il organise, structure et ordonne son environnement, ou encore comment il crée et définit sa place dans la société*"Mazé (2000)⁸.

Deux concepts importants permettent de comprendre en quoi les attitudes, croyances et comportements des gens peuvent être modifiés par des actions éducatives :

- les représentations sociales et/ou théories subjectives, en ce qu'elles constituent le cadre de l'action de tout individu;
- et le consensus de groupe, en ce qu'il permet justement de confronter les représentations et opinions de chacun à celles des autres. Et les travaux de Stoner (1961)⁹ cités par Testé (2001)¹⁰ ont montré à quel point ce type d'interaction peut amener les participants d'un groupe à modifier leur point de vue.

Le concept de représentations sociales, initié par le sociologue Durkheim et repris et adapté à la psychologie par Moscovici, est pour nous au cœur de toute démarche éducative.

La définition qu'en donne Moscovici en 1984 comme étant un mode de connaissance spécifique, particulier, à mi-chemin entre le concept, qui abstrait le sens du réel et l'image, qui donne au concept une réalité concrète, recèle une valeur descriptive toute particulière quand on étudie les échanges sociaux se déroulant au sein d'un groupe.

En effet ces échanges, lorsqu'ils se déroulent au sein de groupes informels de discussion dans les associations à caractère social ou sanitaire, se produisent toujours au départ à propos d'expériences concrètes, vécues par les personnes.

Sur cette base s'organisent les interactions lors desquelles le vécu propre à chacun est livré aux autres et fait l'objet de débats où divers points de vue s'expriment et se confrontent.

⁸ Mazé C. (2000). Rôles de la représentation de l'espèce humaine et de l'implication biologique dans l'estimation des risques de l'insémination artificielle. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*. Tome 13, no 1.

⁹ Stoner J.A. (1961). A comparison of individual and group decisions involving risk, unpublished master's thesis, Massachusetts institute of Technologie, Cambridge..

¹⁰ Testé B. (2001). Perspective sacionormative sur la polarisation de groupe : effets du consensus dans le cadre d'une activité de détection d'utilité sociale. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*. Tome 14, no 1.

C'est lors de ces débats que se construisent les représentations sociales propres à un groupe, lui permettant de donner sens à la réalité environnante et de se construire par là même des guides d'action qui tiennent compte de ce sens élaboré en commun.

Ces représentations sociales ont pour origine les théories subjectives de chacun. Uwe Flick (1993)¹¹ nous dit que les théories subjectives servent à définir la situation, à rendre possible a posteriori l'explication voire la justification des événements, à prévoir le futur, à formuler des recommandations, à contrôler l'action et à stabiliser le sentiment de sa propre valeur.

On peut aisément faire le lien entre cette définition opérationnelle des théories subjectives et les recommandations de Paolo Freire : si, pour accéder à la conscientisation de leur vécu et à leur autonomie, les apprenants doivent dans un premier temps analyser leur environnement social pour aboutir à une action de transformation du milieu, c'est par la confrontation et le travail sur les théories subjectives de chacun que ce travail peut s'effectuer.

Cela permettra au groupe de définir, expliquer et justifier les situations puis de prévoir des actions futures, le tout ayant un impact sur l'estime de soi de chacun des participants à l'action.

Peu à peu naîtront des théories (ou représentations) socialement partagées par les participants du groupe. Elles seront à la fois des grilles de lecture des situations mais aussi des guides pour les actions futures.

Mais comment des actions de prévention santé peuvent-elles générer et/ou transformer des représentations sociales?

Quels sont les leviers sur lesquels s'appuient et se construisent ces changements observés auprès des personnes en situation de précarité?

L'article de S. Lougrada montre bien, de par la situation particulière des sujets de son enquête, à savoir un groupe de détenus de la prison de Bapaume, quelle peut être l'architecture des processus socio-cognitifs aidant à la construction et au maintien de modes de vie sains.

Ainsi, il a pu relever dans le discours des détenus qu'il existe pour ces personnes un thème fédérateur autour duquel s'organisent leur perception du quotidien, l'expression de leur vécu et une idée de la vie en général.

En effet, ces personnes semblent avoir pour valeur centrale la notion de liberté. Ce thème général donne sens à chacun des gestes et attitudes posés quotidiennement.

C'est sur la base de ce thème central que la promotion de l'activité sportive en milieu carcéral peut prendre sa valeur et constituer à la fois un moyen d'échapper à l'enfermement et aux problèmes de la vie en général, un moyen aussi de maintenir une hygiène de vie et un équilibre physique et, enfin, un

¹¹ Flick U. (1993) La perception quotidienne de la santé et de la maladie. L'harmattan.

élément facilitateur dans la reconstruction d'une image de soi plus positive et d'un certain équilibre psychique.

Cette organisation du système de représentations des détenus de la prison de Bapaume semble confirmer le cadre théorique général proposé par Doise (1982)¹² et par Rouquette (1997)¹³ décrivant l'articulation entre l'idéologie, la représentation sociale et les attitudes et opinions.

Rouquette postule l'existence d'une architecture hiérarchisée laquelle aurait pour base les opinions, qui font preuve d'une forte cohérence locale et nécessitent, pour les comprendre, une argumentation élaborée.

La cohérence et l'argumentation des opinions seraient organisées par une instance supérieure : l'attitude "*qui d'une part règle l'articulation de l'individuel et du collectif et qui, d'autre part, génère le passage du point de vue général sur un thème à son application au cas particulier.*" (Rateau, 2000)¹⁴.

L'attitude est donc une règle plus générale que l'opinion et qui englobe un ensemble de situations communes.

Toutefois, considérant que la plupart du temps, les attitudes développées chez une même personne ou un même groupe sont cohérentes entre elles, il existe nécessairement une instance supérieure qui les unifie.

De plus, l'argumentation des opinions et attitudes portant davantage sur le rejet de la position alternative que sur la défense de la position assumée, il faut la chercher en dehors de l'attitude elle-même et à un niveau supérieur. Ce niveau est celui des représentations sociales. Les représentations sociales déterminent les attitudes et organisent leur compatibilité.

Mais les représentations sociales ont pour caractéristique de se référer toujours à un objet particulier, à quelque chose de concret. Reste donc le problème de savoir ce qui fédère la coexistence des représentations multiples propres à un groupe.

Selon Moscovici (1991)¹⁵ l'idéologie permettrait d'ordonner les représentations et de gérer leurs conditions de production et les contraintes socio-cognitives présidant à leur élaboration et à leur organisation.

Ainsi, la sphère socio-cognitive d'un groupe peut se décrire sous forme d'une architecture hiérarchisée dont la base est constituée par les opinions, dont l'argumentation est gérée par les attitudes, lesquelles sont unifiées et coordonnées par les représentations sociales. Et, in fine, la compatibilité des diverses représentations sociales est assurée par l'idéologie qui est un principe générateur plus abstrait.

¹² Doise W. (1982). L'explication en psychologie sociale. PUF. Paris

¹³ Rouquette M.L. (1997). La chasse à l'immigré. Violence, mémoire et représentations. Sprimont : Mardaga.

¹⁴ Rateau P. (2000) Idéologie, représentations sociales et attitudes : étude expérimentale de leur hiérarchie. Revue internationale de Psychologie Sociale. tome 13, No 1. pp.29-58.

¹⁵ Moscovici S. (1991). La fin des représentations sociales? In V. Aebischer, J.P. Deconchy et E.M. Lipiansky (Eds) Idéologies et représentations sociales. Cousset : DelVal.

Et plus l'on gravit les échelons de cette hiérarchie, plus s'estompe la variabilité interindividuelle. Ainsi, on observe un moins grand nombre d'idéologies que d'opinions et d'attitudes.

De même, l'idéologie étant partagée par un nombre important de personnes, elle a, par conséquent un caractère plus pérenne, moins sujet aux fluctuations apportées par le contexte et l'influence sociale.

Moscovici et Vignaux (1994)¹⁶ postulent, en outre, l'existence d'une dernière instance, encore plus générale que l'idéologie : les thémata qui sont des "archétypes du raisonnement ordinaire", des sortes de "préjugés" encore plus stables et généraux que les idéologies. Ce sont les oppositions bon/mauvais, juste/injuste, vrai/erroné...

Chacun de ces thémata peut générer plusieurs systèmes idéologiques, qui peuvent par ailleurs être de nature différente. Ce sont "*des matrices de significations préalables qui organisent la structure et déterminent, au moins pour une part, le contenu des idéologies, une même matrice pouvant être à l'origine de formations idéologiques différentes par suite de déterminations socio-historiques elles-mêmes différentes*" (Rateau 2000)¹⁷.

INSTANCES	FONCTION
THEMATA	archétypes du raisonnement ordinaire : bon/mauvais, juste/injuste...
IDEOLOGIE	instance généralisatrice et organisatrice des représentations sociales (ex: idéologie libérale)
REPRESENTATIONS SOCIALES	déterminent les attitudes et organisent leur compatibilité (ex : la santé)
ATTITUDES	argumentation et justification des opinions (ex: contre la peine de mort)
OPINIONS	croyances à propos d'un objet donné

Tableau 1 : Architecture hiérarchisée de la sphère socio-cognitive

¹⁶ Moscovici S. et Vignaux G. (1994). Le concept de thémata. In Guimelli C. (Ed) Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

¹⁷ Rateau P. (2000) Idéologie, représentations sociales et attitudes : étude expérimentale de leur hiérarchie. Revue internationale de Psychologie Sociale. tome 13, No 1. pp.29-58.

5. APPLICATION DE L'ARCHITECTURE A UNE DES ENQUETES REALISEES

Dans l'étude de S. Lougrada réalisée auprès des détenus de la prison de Bapaume, l'enquête porte, rappelons-le, sur la représentation que les détenus ont de leur santé et sur l'impact d'une activité sportive sur la restauration et le maintien de leur santé.

On voit au fil de l'analyse du contenu des entretiens, apparaître progressivement les différents niveaux de la hiérarchie des processus socio-cognitifs en jeu chez ces personnes.

Tout d'abord apparaissent les opinions relatives à l'état de santé **"si on pense toujours qu'on est en prison c'est comme ça que les gens arrivent à être malade..."**.

Les personnes livrent ensuite les attitudes qui gouvernent leurs comportements : **"ça se traduit dans une certaine manière d'être dans la vie, d'affronter un certain nombre de situations...", "j'essaie au maximum de ne pas être ici"**.

Ces attitudes sont des dispositions à agir, des prises de position qui les aident à rester en bonne santé.

Au fil du déroulement de l'entretien émergent les représentations que les détenus ont de la santé, de la bonne forme : être bien dans sa peau : **"Moi, je suis bien, je suis bien dans ma peau et je suis bien dans ma tête"**.

Ces représentations renvoient souvent au concept de soi et à ses différentes composantes : corporelle, identitaire, sociale...

Viennent ensuite les justifications idéologiques qui expliquent le bien-fondé de ces représentations. Par exemple, le code interprétatif de leur statut de détenu : **"Donc on est victime de soi-même dans un sens, y'en a qui disent ouais j'suis victime, non on est victime de soi-même on est victime de qu'est-ce qu'on a fait"**.

Et au sommet de la hiérarchie de ce système d'interprétation de leur vécu et de la réalité environnante apparaît une valeur très générale, quoique relative à leur situation-même, à savoir l'idée de Liberté, opposée à l'enfermement et aux contraintes y relatives.

Cette valeur est recherchée par chacun comme une réponse ultime à leurs problèmes : **"Le sport justement ça aide à conserver une partie de liberté pouvoir se défouler, avoir un contact avec l'extérieur", "Ben disons que, ouais, en fait, ça amène beaucoup de choses, déjà on se sent plus libre dans la tête, pendant qu'on fait du sport on ne pense pas à nos problèmes on est en quelque sorte libre..."**.

L'idée de Liberté est rattachée parfois à celle du Bien : **"Depuis que je fais du sport avec Régis et Marion ça me fait du bien, on nous juge pas c'est ça qui fait du bien..."**.

L'absence de jugement les met à l'abri de l'inscription dans une dialectique bien/mal. Ils ne font pas, pendant les activités sportives, l'objet de condamnations dévalorisantes, les mettant dans la catégorie des "mauvais".

INSTANCES	FONCTION
THEMATA	<i>le sport, c'est la liberté. le sport, c'est l'absence de jugement</i>
IDEOLOGIE	<i>quand on est détenu, on est victime de soi</i>
REPRESENTATIONS SOCIALES	<i>la santé, c'est être bien dans sa peau</i>
ATTITUDES	<i>pour être en forme, j'essaie de ne pas être ici</i>
OPINIONS	<i>penser qu'on est détenu, ça rend malade</i>

Tableau 2 : Application de la structure hiérarchisée des processus socio-cognitifs au vécu des détenu d'une prison.

Ainsi, la pratique d'une activité sportive en milieu de détention permet de reconquérir la liberté et de travailler l'image de soi fortement déstabilisée suite à la condamnation et à la détention (voir l'article de S. Lougrada pour plus de détails).

6. LES COMPOSANTES SOCIONORMATIVES DES ACTIONS DE PREVENTION SANTE

Une fois définies les instances régissant l'idée que les personnes se font d'une situation, il reste à savoir comment les diverses opinions, attitudes et représentations se coordonnent au sein d'un groupe.

En effet, les programmes de prévention font l'hypothèse que les échanges ayant lieu lors de rencontres entre les participants aux actions permettent la construction d'un consensus producteur d'un ensemble de normes de groupe qui aident à la définition d'attitudes et de décisions communes.

Or, Stoner en 1961 a montré, lors d'une étude sur la prise de risque en groupe qu'un consensus peut s'établir en trois phases :

- tout d'abord une phase de préconsensus où sont formulées des décisions individuelles,
- puis une phase de consensus où des discussions en petits groupes aboutissent à des décisions collectives
- et finalement une phase de postconsensus où chacun formule de nouvelles décisions individuelles.

Quand il s'agit de prendre des décisions quant à l'attitude et aux comportements à adopter pour accéder ou maintenir un mode de vie sain, les actions de santé communautaire s'organisent bien selon ce schéma. Il se produit alors une polarisation vers des attitudes communes suite aux discussions.

Il s'agit là de "*l'accentuation d'une tendance initialement dominante dans un ensemble de groupes*", Doise et Moscovici (1984)¹⁸.

Divers travaux ont pu démontrer la stabilité de ce postconsensus, la décision collective ayant un effet d'engagement.

Et la polarisation vers des attitudes communes, d'une part repose sur deux processus complémentaires que sont la comparaison sociale et l'argumentation persuasive et, d'autre part, nécessite une implication suffisante des participants à la discussion de groupe.

Moscovici et Doise (1992)¹⁹ ont étudié avec leurs collaborateurs les conditions de cette implication. Ils ont montré que la disposition spatiale des participants, la présence ou non de règles de discussion, le style de leadership, la dimension de l'espace et le climat du groupe sont des facteurs favorisant la production d'un consensus.

¹⁸ Doise W. et Moscovici S. (1984). Les décisions de groupe. Dans Moscovici S. (Ed), Psychologie sociale. PUF. Paris.

¹⁹ Moscovici S. et Doise W. (1992). Dissensions et consensus. Une théorie générale des décisions collectives. PUF. Paris.

Il s'ensuit une restructuration cognitive favorable à l'intériorisation de la décision (Doise, 1973)²⁰.

En 1969 déjà, Doise ²¹a montré le lien entre la polarisation et l'identité sociale, qui amène les participants à l'auto-catégorisation. On peut y voir l'émergence d'un processus de conformité envers une norme de groupe que Mackie qualifie de "prototype normatif"(Mackie et Cooper, 1984)²².

Le "prototype normatif"est la position la plus représentative du groupe. De par la polarisation, cette position groupale est plus accentuée que la moyenne des positions individuelles. De plus, l'identification au groupe est telle qu'elle peut entraîner chez les participants une dépersonnalisation du soi quant aux valeurs communes au groupe, par convergence vers la norme du groupe.

Les participants agissent alors non plus de leur propre chef, mais en tant que membres du groupe et représentants de ses valeurs. En fait, c'est la discussion en vue d'un consensus qui met en relief les valeurs partagées par le groupe, en soulignant leur caractère commun (Moscovici et Zavalloni, 1969).²³

Doise et Moscovici (1984) ²⁴insistent bien sur le fait que la polarisation s'effectue non pas vers la position majoritaire du groupe mais vers la norme qu'il se fixe.

Les dimensions culturelles sont ici prédominantes : J. Bruner ²⁵(1991) nous dit que "*la culture constitue le monde auquel nous devons nous adapter en même temps qu'elle est la boîte à outils dont nous avons besoin pour y parvenir*".

Pour dénoter cet échange culturel, Bruner (1983) ²⁶parle d'"attention conjointe". Il s'agit d'un processus d'intersubjectivité qui repose sur l'existence de présupposés communs, d'une base de connaissances culturelles communes et d'un objet d'attention commun à partir duquel se négocient les normes et valeurs propres au groupe.

²⁰ Doise W. (1973). La structuration cognitive des décisions individuelles et collectives d'adultes et d'enfants. Revue de psychologie et des sciences de l'éducation. No 8, pp. 133-146.

²¹ Doise W. (1969). Intergroup relations and polarization of individual and collective judgements. Journal of Personality and Social Psychology, 12, 136-143.

²² Mackie D. et Cooper J. (1984). Attitude polarization : Effects of group membership. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 575-585.

²³ Moscovici S. et Zavalloni M. (1969). The group as a polarizer of attitudes. . Journal of Personality and Social Psychology, 12, 125-135.

²⁴ Doise W. et Moscovici S. (1984). Les décisions de groupe. Dans Moscovici S. (Ed), Psychologie sociale. PUF. Paris.

²⁵ Bruner J.S. (1991). ...Car la culture donne forme à l'esprit. Retz. Paris.

²⁶ Bruner J.S. (1983). Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire. PUF. Paris.

Tout ceci est en œuvre dans la construction commune de sens qui est particulièrement mis en jeu lors d'un conflit socio-cognitif (Mugny, 1985).²⁷ La confrontation avec les pairs, lors d'un tel "conflit", est l'élément-clé des changements d'attitudes subséquents.

7. EN QUOI LES NORMES ELABOREES EN GROUPE AGISSENT-ELLES CONCRETEMENT?

Les effets bénéfiques de l'interaction sociale apparaissent nettement dans l'étude de Sandrine Cottet ainsi que dans celle de Céline Cremers dans leur recherche sur les effets de l'éducation nutritionnelle sur les conduites alimentaires des épouses des employés de l'entreprise "la Française de Mécanique" de Douvrin.

Les personnes interrogées expriment à quel point les échanges de groupe leur semblent profitables :

"Ah ben oui, parce que les autres apportent leur vécu, leur petit conseil, chacun apporte son point de vue, ça ne peut être qu'enrichissant pour les autres."

De même, elles parlent du changement que cela induit chez elles :

"on s'est toutes un peu concerté, on s'est dit que c'est vrai qu'on s'alimente mal, qu'on fait pas attention, on a échangé des p'tites recettes, de c'qui est bon"

"Maintenant je travaille beaucoup à l'huile d'olive.

Je fais attention 'fin j'essaie, ça viendra un p'tit peu à la fois, de varier les menus, de changer, de mettre plus de légumes, la façon de cuisiner. J'essaie d'utiliser les légumes différemment. J'ai changé ma manière de cuisiner.

J'ai changé ma façon de faire."

Même si les effets ne sont pas immédiats :

E1 "ça m'a fait un p'tit dé clic, mais il faut le temps que ça se mette en place dans ma vie, par rapport à ma façon de vivre, à ma vie alimentaire, ma façon de manger tout ça faut que je l'adapte p'tit à p'tit."

La première étape franchie est bien celle de la définition d'une culture nutritionnelle commune chez ces femmes.

De la consommation d'aliments riches en matières grasses et en sucres, elles en viennent à intégrer davantage dans leurs menus les fruits et légumes et l'huile d'olive, suite aux discussions ayant pointé les vertus nutritionnelles et sanitaires de ces aliments.

²⁷ Mugny G. (1985). Psychologie sociale du développement cognitif. Peter Lang. Berne.

Les deux premières étapes de constitution du consensus sont réalisées, à savoir :

- le pré-consensus, où chacune exprime sa façon de cuisiner
- et le consensus où les discussions en petits groupes aboutissent à des décisions collectives et à une polarisation vers des attitudes communes suite aux discussions.

L'on voit bien s'exprimer la comparaison sociale, notamment à propos des matières grasses utilisées (beurre ou huile d'olive) et l'argumentation persuasive, quand des participantes pointent les méfaits de certaines pratiques culinaires.

Le post-consensus n'apparaît pas dans cette étude puisque les personnes ayant participé à la recherche ont été interrogées juste après les séances collectives.

Ces deux dernières études, réalisées à la Française de Mécanique clarifient particulièrement bien la manière dont les échanges opérés au sein d'un groupe peuvent être porteurs de représentations nouvelles, via l'expression des opinions et attitudes de chacun.

Peu à peu émergent des idéologies partagées, des prototypes normatifs qui vont amener les gens à adopter des attitudes et comportements conformes à la norme établie par le groupe.

Leur sentiment d'appartenance au groupe les amènera à endosser, appliquer et défendre les valeurs construites en commun.

EN CONCLUSION

Les résultats de cet ensemble de recherches sur l'évaluation des actions de prévention contre les cancers permettent d'expliquer les processus en jeu dans les dynamiques impulsées par les associations sociales et sanitaires impliquées dans les programmes régionaux de prévention.

Ils mettent en évidence la manière dont sont activées les représentations socialement partagées des personnes qui fréquentent ces actions de prévention.

Les entretiens auprès des gens font prendre conscience également de la dimension culturelle présidant et organisant la vie de chacun et de tous.

Pour les publics en situation de précarité, la référence implicite au travail, ou plutôt la stigmatisation qui frappe les personnes dépourvues d'un emploi montre à quel point la culture conditionne la perception que chacun a de sa valeur propre au sein de la société.

De même, dans le domaine de l'éducation nutritionnelle, les normes culturelles et régionales, tout particulièrement induisent chez les personnes des pratiques ancrées solidement.

Seul un processus long et laborieux, socialement organisé peut amener les personnes à réviser la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et leur façon de vivre et d'agir.

Nous avons ici la démonstration du bien fondé des principes de l'action communautaire et des pédagogies de la libération qui, à travers des échanges et surtout des activités de groupe, conduisent les personnes à construire de nouvelles normes sociales, elles-mêmes productrices de nouveaux comportements...en vue d'une meilleure santé.

Et les travaux sur la dissonance cognitive et l'influence sociale ont montré à quel point le sentiment de liberté doit être éprouvé par les personnes lors d'un changement.

Et c'est bien l'esprit dans lequel toute cette démarche préventive est impulsée par les programmes régionaux de santé.

QUEL AVENIR POUR LES ACTIONS DE SANTE EN MILIEU RURAL?

Par Béatrice DESSERTY

L'intérêt pour l'action de santé "former des professionnels pour une meilleure efficacité de l'accompagnement alimentaire", action de santé portée par le Programme Régional de Santé (PRS) "Challenge" et en rapport avec l'alimentation (au sens large), résulte de la situation préoccupante de la santé dans la région Nord-Pas-de-Calais. Situation qui est en partie liée au rôle que tient l'alimentation.

A la suite d'une première phase de travail où il a été constaté un manque de participation des élus issus du canton de Marchiennes, cette action cherche actuellement à connaître les atouts et les freins de la participation des maires à l'action de prévention mise en place dans leur canton.

En quoi la connaissance du mode de nutrition de la population peut-elle trouver un écho dans la politique territoriale et en quoi peut-il être source de meilleure santé pour la population?

Le monde politique semble avoir ignoré pendant des années les enjeux de santé au sens de prévention. Même si la santé relève d'une politique globale de structures et de financements spécifiques, il est tout aussi évident que la politique locale peut apporter une réponse particulière aux situations vécues par les populations. En effet, le maire est garant de la citoyenneté, il a en charge de favoriser une attitude responsable et le respect des règles de vie : être citoyen, c'est savoir faire des choix pour garder la santé, adopter des comportements responsables. Il serait donc souhaitable que les politiques locales puissent inciter chacun à prendre en charge sa santé et d'adopter des comportements favorables allant dans ce sens.

Bien qu'ayant une connaissance de sa population et de ses besoins, l' élu ne peut pour autant transformer les comportements de ses concitoyens. Cependant, il pourrait adopter une politique adaptée aux besoins de la population en développant des actions de promotion de la santé : dynamiser des actions de prévention en cours ou à venir, en participant au financement mais aussi en faisant participer la population qui est la principale concernée, participer au repérage d'acteurs qui contribuent à améliorer l'alimentation, aider à la formation d'un réseau d'acteurs de manière à ce qu'ils restent mobilisés et disposent d'un local, aider au repérage de la population qui n'entre pas dans le système de soins et de protection sociale, être un médiateur au niveau des personnes en difficultés et les orienter dans des structures adaptées à leur besoin, aider à la coordination des dispositifs de santé existants, être mobilisé dans des actions de prévention

Une action de prévention et de citoyenneté est d'autant plus efficace qu'elle commence très tôt. C'est pourquoi cette action pourrait commencer dès l'entrée à l'école maternelle et plus particulièrement au niveau de la cantine qui dépend de la commune. La cantine peut faire acquérir aux enfants de bonnes habitudes alimentaires : le menu servi à l'école peut servir d'exemple et corriger les éventuelles carences de l'alimentation familiale. La cantine pourrait faire l'objet d'une commission de gestion et de surveillance de façon à trouver un consensus entre qualité et prix de revient. De plus, ce projet pourrait également profiter aux personnes âgées qui ont recours au service de la mairie pour leur repas du midi.

Toutes ces réflexions nous ont amenés à nous demander de quoi dépendait l'investissement des élus dans des actions de santé.

En quoi la connaissance du mode de nutrition de la population peut-elle trouver un écho dans la politique territoriale? Les élus du canton de Marchiennes sont-ils prêts ou non à aider des actions de prévention à la santé? Cette question centrale nous a amenés à formuler une hypothèse générale :

Les Maires du canton de Marchiennes sont prêts à être sensibilisés à des actions de prévention à la santé en fonction de caractéristiques personnelles et de leur représentation de la santé et de l'alimentation et non en fonction de l'idée qu'ils se font de leur mission.

Ce principe central s'organise autour des élus locaux et plus exactement de certaines caractéristiques personnelles. Nous notons trois orientations susceptibles de caractériser l' élu local : l'une a trait à des caractéristiques personnelles, l'autre à sa représentation de la santé et de l'alimentation et enfin la dernière à sa perception de la mission de maire. Cette hypothèse générale peut se décliner en trois points.

- Les caractéristiques personnelles du maire feront qu'il sera prêt ou non à être sensibilisé à une action de santé.
Nous entendons par caractéristiques personnelles : son secteur d'activité, son rapport à la maladie, son canton d'origine, le nombre de mandats d' élu à son actif, ses missions publiques annexes.
- Un maire ayant une bonne connaissance de l'alimentation, une représentation de la santé comme un réservoir de vie et effectuant un lien entre alimentation et santé sera mieux disposé envers les actions de santé.
Nous entendons par réservoir de santé, une personne qui est pourvue d'une plus ou moins bonne santé selon le mode de vie. Les personnes qui adoptent cette représentation de la santé estiment qu'il est possible d'agir sur des déterminants de la santé pour modifier un état de santé jugé insatisfaisant.
- Un maire en milieu rural estime que sa mission est de permettre le bien-être des citoyens sans que cette mission recouvre le domaine de la santé.

L'interrogation principale nous a également entraîné dans des recherches théoriques à propos de la santé. Les concepts généraux en santé ayant été définis dans d'autres chapitres de l'ouvrage, nous n'aborderons que quelques concepts spécifiques à l'étude.

I. CONCEPTS CLES EN SANTE MOBILISES DANS L'ETUDE

Le domaine de la santé est un vaste domaine qui a déjà fait l'objet de nombreuses études. Il est donc utile de situer ce travail de recherche par rapport aux courants de pensée existants. Par conséquent, ce positionnement nécessite la définition de quelques concepts en rapport avec la santé.

1.2 Le concept de santé

A. Définitions

Si nous nous référons à un dictionnaire classique (Le Littré), le concept de santé est défini de la manière suivante : *"état de celui qui est sain, qui se porte bien; exercice permanent et facile de toutes les fonctions de l'économie"*. Dans le Grand dictionnaire du XIXème siècle, Pierre Larousse définit la santé comme *"l'état général dans lequel il y a un exercice libre et régulier de toutes les fonctions de l'homme"* puis il ajoute que *"cette définition est manifestement insuffisante; aussi beaucoup d'autres ont-elles été proposées depuis Galien jusqu'à nos jours. La santé, de même que la maladie, étant inconnue dans son essence même, dans sa nature, c'est de se livrer à un travail stérile que de chercher à donner une définition positive dans cet état d'organisme²⁸"*.

Dans son livre **le normal et le pathologique** édité en 1966, Georges Canguilhem précise que le terme "normal" est à prendre dans le sens d'un état de santé qui ne pose pas problème au sujet par rapport à l'état de santé du groupe auquel il appartient.

Il existe de multiples définitions mais malgré cette multitude, il faut souligner des points de convergence qui sont d'une part le lien étroit entre les deux concepts santé-maladie et d'autre part la référence à l'intégrité du corps humain, à l'absence de maladie. Il est vrai que, dans la majeure partie des cas, on s'intéresse à sa santé lorsque celle-ci n'est pas bonne. Cette approche de la santé en fait une conception négative. Une partie de cet aspect est remis en cause par différentes observations dont celle d'Henri Pecquignot qui affirme *"qu'un individu peut être atteint d'une maladie incurable mais contrôlée et donc être en bonne santé²⁹"*. Cette affirmation permet de faire évoluer le concept de santé puisqu'il ne fait plus allusion à l'intégrité du corps humain. En revanche,

²⁸ Mattéi, J F, *Les liens entre la santé et l'environnement, notamment chez l'enfant*, Tome 1, Paris, Automédon, 1996, 272p, p 24.

²⁹ Ibid. p 27.

cette conception se base encore et toujours sur l'absence de maladie, en dehors des maladies incurables

Ce n'est qu'en 1946 que l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) émet une définition positive de la santé: "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas simplement en l'absence de maladie ou d'infirmité³⁰" Cette définition est positive puisqu'elle aborde la santé du point de vue du bien-être et non plus comme une absence de maladie. Quoique positive, elle ne satisfait pas pleinement; c'est la raison pour laquelle elle est bousculée par celle de Berthet qui, en 1983, propose une définition positive de la santé contenant trois notions :

- la santé d'un point de vue individuel : bien-être physique, psychologique et moral de la personne,
- la santé d'un point de vue familial et communautaire : la santé de l'individu en fonction des habitudes de vie de la famille,
- la santé d'un point de vue environnement naturel : la santé en tant qu'adaptation de l'individu à l'environnement.

Cette définition reprend la notion de bien-être individuel dans un environnement naturel spécifique à chaque individu.

A la suite de quoi, en 1986, l'OMS élargit sa définition de la santé dans la charte d'Ottawa et énonce que "*la santé exige un certain nombre de conditions préalables pour qu'un individu puisse réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu: se loger décentement, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale, bénéficier d'un traitement équitable*³¹".

La santé est donc source de nombreuses définitions suivant l'évolution de la relation entre santé-maladie et entre santé-environnement, progression qui s'est déroulée lentement au fil du temps.

B. Historique

Il faut attendre le développement de l'anthropologie de la maladie, discipline fondée en 1920, et plus particulièrement les travaux d'Edward Evans-Pritchard pour qu'émerge le lien entre la maladie et l'environnement. En effet, la discipline anthropologique insiste sur la prise en compte de la dimension socioculturelle dans la maladie. Cette approche suggère de faire un lien entre les facteurs culturels, les mécanismes et processus qui pourraient être impliqués dans la maladie. Compte tenu de la forte imbrication des concepts santé-maladie, l'approche anthropologique remet en cause la conception

³⁰ Bury, J A, *Education pour la santé : concepts, enjeux et planifications*, De Boeck, 1992, 235p, p 15.

³¹ Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Conférence régionale de santé Nord-Pas de Calais*, 1999, 205p, p 38.

courante de la santé, la santé comme absence de maladie, et la fixe plutôt comme un bien-être physique.

Il est à noter que la prise en compte de l'environnement naturel n'est pas une découverte puisque le traité hippocratique, **Des airs, des eaux et des lieux**³², qui est le plus ancien des textes, souligne déjà l'action de l'environnement sur la santé. Ce traité s'adresse aux médecins grecs qui s'installent dans des cités nouvelles et se présente sous forme de prévisions de maladies susceptibles de se développer en fonction de lieux, de temps et de personnes.

En outre, à la suite d'épidémies, un mouvement hygiéniste de la fin du XVIIIème siècle et durant tout le XIXème siècle, a mis en évidence un lien entre la maladie et l'environnement physique et plus particulièrement entre la santé et les conditions sociales. Claude Bernard dit "*la survie (et la santé) dépendent de la capacité de l'organisme à maintenir son milieu intérieur dans un état approximativement constant et malgré les changements incessants et souvent très importants du monde extérieur*"³³; en 1895, le docteur Armaingaud déclare "*l'hygiène est la science qui nous enseigne les moyens de conserver et d'améliorer notre santé, d'éviter les maladies et de vivre le plus longtemps possible*"³⁴.

Malgré toutes ces observations, les définitions de la santé ne prennent pas en compte l'environnement et en restent sur une conception négative. Il faut patienter jusqu'en 1946 pour noter une évolution partielle du concept santé : moment où l'O.M.S. avance une approche plus globale de la santé sous un aspect positif ; on ne parle plus de maladie mais de bien-être. Cependant, cette définition néglige les mises en garde quant au rôle de l'environnement sur la santé. Or l'instabilité de l'environnement tant sur le plan physique que psychologique et social, fait que l'homme doit continuellement s'adapter à la société. Par conséquent, le bien-être n'est pas chose facile à atteindre. C'est la raison pour laquelle cette définition trop statique est qualifiée d'irréaliste. A l'heure actuelle, la définition la plus adaptée est celle de Berthet qui prend en compte l'homme dans son état global par rapport à son environnement, conception reprise par l'O.M.S. en 1986 dans la charte d'Ottawa. Cette nouvelle perspective permet de faire progresser le concept de santé d'une forme d'état à un processus, une dynamique : processus qui résulte d'un mélange complexe de différentes influences (l'environnement, les conditions de vie, les comportements individuels, le capital génétique...) où l'homme doit s'adapter pour préserver son équilibre.

Même si cette dernière définition semble la plus adéquate, sa complexité est telle que la meilleure manière de satisfaire un maximum d'utilisateurs serait peut-être de s'entendre sur le mot santé en termes de représentations, de modèles de santé.

³² JF. Mattéi, Op.cit., p 37.

³³ bid. p 15.

³⁴ Tillard, B, "Que peut-on attendre d'une démarche santé à l'école", *Contact Santé*, Lille, n°152, septembre 2000, p 17.

1.3 Les modèles de santé

A. Définition

Le modèle est un ensemble de suppositions dont la finalité est d'interpréter des faits observés en leur donnant une signification et par ailleurs de permettre des choix, d'aider à la décision.

B. Les modèles selon Bury

Pour Bury, il existe de nombreux modèles de santé et de maladie mais il affirme qu'une étude fine permet de n'en pointer que deux : le modèle biomédical et le modèle global. Ces modèles sont antagoniques puisque le modèle traditionnel ou biomédical apparaît comme un modèle fermé où la médecine s'affirme comme une science axée sur la maladie tandis que le modèle global ou social se présente comme un modèle ouvert où la médecine se manifeste comme une pratique centrée sur le malade.

Bien qu'opposés, ces deux modèles ont leur place dans la conception de la santé et n'impliquent pas d'opter pour un des deux. En effet, la santé peut-être un équilibre entre ces deux positions ; cette notion d'équilibre est d'autant plus intéressante qu'elle permet de justifier le passage des individus de l'un à l'autre paradigme selon leur position d'acteur et même d'expliquer la présence de ces deux modèles en eux.

La santé peut ainsi se situer entre les deux modèles cependant le modèle biomédical est de plus en plus contesté en raison de l'absence de communication entre les deux acteurs concernés : médecin-malade. Effectivement, le médecin focalise sur la maladie et considère que le patient est hors de portée de la connaissance. Par conséquent, il lui impose un traitement alors que celui-ci est venu chercher une réponse à ses problèmes. Or, par essence, l'Homme est un être social et la relation sociale ne peut être exclue d'une démarche qui le concerne. Et pour Freidson, dans le modèle structurel de 1971, la relation qui s'établit entre le malade et le médecin est une relation de négociation.

La santé est certes l'affaire de la médecine mais elle dépend aussi de l'environnement naturel, social et culturel. L'influence de l'environnement sur la santé de l'homme est telle qu'elle contribue à lui donner une dimension, un pouvoir politique. C'est pourquoi on parlera de santé publique.

1.4 Le concept de santé publique

La santé est une préoccupation individuelle qui repose sur des facteurs individuels mais aussi collectifs puisque la santé découle des interactions entre l'homme et son milieu. Entourage humain formé d'une part de différentes composantes : domestique, scolaire, professionnelle, urbaine et d'autre part de vecteurs tel que l'air, l'eau. Or, ces composantes et vecteurs dépendent de décisions prises au niveau de l'Etat et ont un rôle non négligeable sur la santé de l'ensemble de la population. Par ailleurs, la notion de risque, de survenue d'une maladie et sa fréquence dans une population donnée en fait un problème de politique de par sa notion collective. De plus, la santé est toujours associée au vocable "travail" et les entreprises ont besoin d'une main d'œuvre en bonne santé : ce qui lui confère un caractère économique dépassant l'individu. Enfin, la responsabilité de l'Etat vis à vis du système de protection sociale et de son coût, de la protection sanitaire des individus les plus fragiles en fait également une préoccupation politique. Donc par son retentissement économique et social, la santé est bien un problème public et politique qui renvoie parfois à l'état de santé d'une population, quelquefois à l'ensemble des institutions concernées et aux politiques qu'elles mettent en œuvre, de temps à autre à la population elle-même et à sa participation à l'amélioration de sa propre santé.

On peut situer l'origine de la santé publique au XIXème siècle à la suite de préoccupations liées à l'environnement. En effet, les grandes épidémies démontrent que l'hygiène personnelle ne suffit pas à endiguer celles-ci et qu'il y a nécessité du développement d'une hygiène collective, publique. La santé publique se résume donc à la notion d'hygiène : conception administrative et réglementaire centrée sur l'interdit.

Cette vision est révolue, la santé publique est devenue une démarche scientifique et compréhensive qui vise à connaître, comprendre ou améliorer la situation sanitaire. Elle s'intéresse donc aux causes et aux conséquences de phénomènes dans une vision de santé tenant compte de l'histoire des individus et des groupes sociaux, de leur environnement et de leur motivation à construire l'avenir. Cette amélioration n'a été possible que grâce à une réponse précise de l'Etat aux besoins divers. En d'autres termes, l'Etat se devait d'appuyer des initiatives locales donc de décentraliser. L'Etat amorce ce mouvement en promulguant une Loi le 2 mars 1982, qu'il affine le 22 juillet 1983. Date à laquelle une nouvelle Loi détermine les relations entre les quatre échelons des collectivités publiques en matière de santé publique³⁵.

L'Etat définit des orientations et des objectifs

- les régions ne se voient pas attribuer de mission particulière par rapport à la santé hormis un rôle de consultation obligatoire pour avis sur la planification des besoins et des moyens par rapport à la santé.

³⁵ Oberlé, D, "des territoires pour la santé publique", *La santé de l'homme*, Vanves, n° 327, janvier / février 1997, p XIV-XV.

- les départements se voient confier des actions de prévention dans le domaine du cancer, de la tuberculose ou des maladies transmissibles évitables par la vaccination mais aussi des compétences en matière de santé s'étendant du nouveau-né à la personne âgée, sans oublier les handicapés
- les communes ne reçoivent pas de mission spécifique en matière sanitaire, mais elles ont des attributions concernant le cadre de vie : leur intervention se situe autour de problèmes d'environnement, de circulation, d'habitat, de restauration, de violence et de drogue.

La meilleure façon de prévenir la population des risques est de la protéger, protection qui repose sur des stratégies de prévention.

1.5 Le concept de prévention

A. Généralités

Selon Monsieur Gérard Dubois, "les hommes ont toujours essayé de connaître à l'avance les maux qui les menaçaient afin de tenter d'y échapper"³⁶.

En effet, la représentation de la maladie est passée du stade de désapprobation divine à celui d'accident. Cette perspective nouvelle de la maladie permet d'entrevoir une possibilité d'action de manière à éviter, à prévenir l'accident. Ainsi les Tables de la Loi de Moïse contiennent des orientations au niveau de la santé : une des premières mesures 'préventives' a été l'amélioration de l'hygiène. L'hygiène peut se définir comme un ensemble de règles et de coutumes qui contribuent à protéger et à améliorer la santé. Cette préoccupation de l'hygiène se développe avec la construction d'égouts, de thermes puis elle disparaît.

Il faut attendre la Renaissance pour qu'en Occident apparaissent des écrits qui réactivent le concept d'hygiène et s'accompagnent de mesures. Néanmoins, les mesures ne sont pas désignées sous le terme de "prévention" mais "quarantaine". Cette exclusion temporaire résulte des grandes épidémies du XIVème siècle et vise à protéger les individus sains d'une contamination : les sujets susceptibles d'être atteints d'une affection sont écartés momentanément. Cette mesure est bien d'origine préventive (non connue sous ce nom) et non curative.

Quoique la "prévention" existe depuis quelques siècles, Monsieur François Ewald précise que le mot est particulier au XXème siècle et qu'il désigne "prévoyance obligatoire, solidarité"³⁷.

³⁶ JF. Mattéi, Op.cit., p 189.

³⁷ Ibid. p 190.

Au XIX^{ème} siècle, "prévention" signifiait attitude de méfiance envers quelqu'un et "prévoyance" définissait une attitude à l'égard du risque. Au cours de ce siècle, les progrès techniques sont tels en médecine que les possibilités de guérison sont illimitées et ainsi les individus oublient l'importance du rôle comportemental dans la "prévention" tant d'un point de vue individuel que collectif. Il faut attendre la découverte du phénomène de contagion pour voir apparaître le vocable "prévention" et la prise de conscience que la santé est aussi fonction du comportement d'autrui. Le concept de prévention reprend toute son importance au sein de la santé, rôle non négligeable si on se réfère à l'adage "**mieux vaut prévenir que guérir**".

Actuellement, le mot "prévention" définit "un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents³⁸ ; "une composition d'organisation sociale, économique, juridique... qui favorise l'amélioration ou le maintien de la santé³⁹". La prévention a donc pour objectif la réduction des problèmes de santé. Or des études récentes ont précisé que la survenue d'une maladie avait des origines multifactorielles. C'est pourquoi au déterminisme (une cause induit forcément un effet) se substitue une notion de probabilité (des agents accroissent la perspective d'irruption d'une maladie) : probabilisme associé à l'idée de risque de présence d'une affection dans une population donnée soumise à un ensemble de facteurs. Par conséquent, la prévention passe par une diminution du risque. Selon le plan d'intervention par rapport au niveau de la maladie, il sera opportun de distinguer trois types de prévention :

- la prévention primaire qui vise à réduire les "facteurs de risques" facilitant l'apparition de la maladie ; elle tend à s'opposer à l'apparition d'une maladie et se place donc en amont de la maladie. Elle repose sur des principes d'hygiène datant de la plus Haute Antiquité, de vaccination, d'obligation de (mettre la ceinture de sécurité...), de campagnes préventives : elle s'efforce de transférer un savoir et une culture d'éducation, de précaution.
- la prévention secondaire (ou dépistage) se met en place alors que les "facteurs de risques" existent de manière à anticiper les effets d'une maladie éventuelle mais non encore développée. Elle vise à repérer la maladie le plus tôt possible et la déjouer ; ce type de prévention s'effectue à l'aide de tests, d'examens ou autres techniques susceptibles d'une action rapide sur les sujets atteints d'une anomalie passée inaperçue jusque là et à faire en sorte qu'entre le diagnostic et la guérison, le temps soit le plus court possible. Ce type de prévention est une affaire spécialisée.
- la prévention tertiaire intervient après l'apparition de la maladie, elle tend à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle s'apparente davantage aux soins.

*Pour une meilleure efficacité, il est indispensable de développer la prévention primaire puisqu'elle se situe en amont de la maladie et a pour objectif de diminuer les 'facteurs de risques.

B. Moyen de prévention

³⁸ J A, Bury, Op.cit., p 95.

³⁹ Ibid. p 94.

La prévention primaire peut se mettre en place selon deux types de stratégie, la prévention-protection ou stratégie passive et la prévention-éducation ou stratégie active.

La prévention-protection est dite passive car elle se réalise indépendamment de la volonté des personnes et se manifeste sous forme de pouvoir : la protection des personnes est assurée sans que celles-ci aient à y adhérer, on persuade l'individu de changer ses comportements de manière à se conformer aux prescriptions d'attitudes de bonne santé. Le propos de Stewart résume bien cet aspect de la prévention "*cette composante des programmes de santé qui consiste à essayer de manière systématique de modifier le comportement de l'individu, du groupe, ou de la communauté*⁴⁰".

La prévention-éducation est dite active lorsque l'individu prend part à un apprentissage de la santé ou de la maladie. Ce type de prévention est essentiel car si on veut éviter l'apparition de la maladie, il faut travailler sur les "facteurs risque" et donc dans une perspective d'éducation et même selon une approche de promotion de la santé : concept nouveau apparu depuis les deux dernières décennies.

1.6 Principes de promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé est récent puisqu'il date des années 1980 et s'est construit à partir de la définition de la santé émise par l'O.M.S. : un état de complet bien-être physique, mental et social. L'O.M.S définit alors la promotion comme un "*processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*". Cette définition met l'accent sur la participation des individus.

En 1986, la charte d'Ottawa donne la définition suivante : "la promotion de la santé favorise la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé⁴¹". Quant à Downie et Tannahill (1996), ils apportent quelques précisions à propos du développement de ce mieux-être, "la promotion de la santé constitue la combinaison de mesures passives de protection, de programmes de prévention, de démarches actives et d'éducation⁴²".

Ainsi la promotion est la quête d'un accroissement du bien-être personnel et collectif, ce qui la distingue de la prévention qui est une recherche de la réduction des problèmes de santé. Ces deux concepts, bien que différents par leurs objectifs, sont souvent confondus mais il est vrai qu'ils adoptent des stratégies similaires.

⁴⁰ Ibid. p 104.

⁴¹ B. Sandrin-Berthon, Op.cit., p30.

⁴² Fortin ,J , "Ecoles promotrices de santé", *perspective soignante* , n°4, pp98-106.

Les moyens mis en oeuvre, au niveau de la prévention, concourent à supprimer les facteurs de risques alors qu'en promotion, ils contribuent à développer des conditions sociales favorables à la santé et des facteurs individuels de protection.

L'évolution du concept de santé permet de déboucher sur un autre concept que celui de prévention : le concept de promotion de la santé tandis que la mutation de l'environnement laisse apparaître le concept de précaution. Ces principes font appel à la notion de risque qui nécessite l'apport de quelques précisions.

1.7 Le concept de risque

Chaque individu dispose d'une part de liberté pour diriger sa vie, sa santé.

Il est utile de rappeler qu'actuellement la prévention évoque l'idée que l'on va toucher un ensemble de personnes à risque or le risque de maladie appelle une notion de hasard associée à la notion de gain ou de perte. En conséquence, une partie de la population se situe dans la probabilité que cela n'arrive qu'aux autres et l'autre partie se place dans l'éventualité que cela ne leur arrivera jamais car ils prennent des précautions. La prise de risque dépend du sentiment de vulnérabilité.

En outre, le groupe social qui prône l'adage "*qui ne risque rien, n'a rien*" n'est pas sans influencer l'individu. La prise de risque est alors une combinaison de passion et de raison : se laisser influencer est un moyen de se faire accepter par un groupe et dans ce cas, le bénéfice peut être plus important que le risque encouru pour sa santé.

Et enfin, le risque peut n'avoir aucun rapport avec les valeurs sociales mais être une preuve d'existence : prendre des risques pour se sentir vivre.

Ces différentes notions du risque permettent d'expliquer en partie pourquoi malgré la connaissance des risques, des personnes continuent à avoir un comportement dommageable pour leur santé : le concept de "risque d'alcool" n'est pas récent pourtant il est inefficace et ceci s'explique par le contexte associé à l'alcool (l'alcool renvoie à des manifestations festives...). Au-delà de ces comportements à risque liés aux individus, il ne faut pas négliger le fait que ces comportements sont aussi fonction des situations.

Cette recherche théorique a permis la construction d'un cadre de référence commun autour du concept de santé. Elle met aussi en évidence toute la complexité de mise en place d'actions de prévention. Et enfin elle établit un lien entre la santé et le comportement. Or le comportement est un concept qui relève de la psychologie sociale, il est donc nécessaire d'aborder certains concepts de la psychologie sociale pour les mêmes raisons que pour les concepts de santé.

2. LES CONCEPTS CLES EN PSYCHOLOGIE SOCIALE

Le comportement est la manière dont on agit et réagit par rapport à un évènement. S'intéresser au comportement revient à se poser la question suivante : pourquoi les gens agissent-ils comme ils agissent? C'est essayer de comprendre les décisions prises par les individus et voir comment agir pour les changer.

Pendant longtemps, la psychologie a été régie par le courant béhavioriste qui décrit et explique la réaction des individus par la nature du stimulus. Ce courant de pensée développe d'une part, l'importance du conditionnement dans le comportement en faisant abstraction de la perception que peut avoir l'individu de la situation et d'autre part, l'idée que chercheur et profane font partie de deux mondes différents : celui des profanes qui ne font que subir les stimuli tandis que les chercheurs ne se contentent pas de subir, ils agissent grâce à leur démarche scientifique.

En 1958, Heider, dans "la psychologie des relations inter-personnelles", préconise que la psychologie a beaucoup à gagner à s'intéresser au savoir instinctif qu'ont les individus et plus particulièrement au niveau des relations inter-personnelles et il considère être " *parvenu à décrire les modèles théoriques sous-tendant la perception, l'action, la motivation, les sentiments et les normes*⁴³".

La remise en cause du courant béhavioriste et la prise en compte de la perception quotidienne des individus a donné naissance aux théories subjectives.

2.1 Les théories subjectives

A. Définitions

Groeben et Scheele(1982) définissent les théories subjectives comme "un agrégat de cognitions relatif à l'image de soi et du monde et doté d'une structure argumentative du moins implicite qui admet une explication ou reconstruction partielle⁴⁴".

Flick émet en 1992 une autre définition plus dynamique : "le sujet émet comme le scientifique certaines hypothèses sur lui et sur le monde. Ces hypothèses reliées entre elles par leur thématique forment un tout cohérent et donc une théorie⁴⁵".

Les théories subjectives sont des perceptions individuelles de situations empreintes d'un aspect émotionnel.

B. Fonction des théories subjectives

⁴³ Flick, Uwe, *la perception quotidienne de la santé*, l'Harmattan, 1993, 400p, p 13-14

⁴⁴ Ibid. p 17

⁴⁵ Ibid. p 17

Elles permettent aux individus :

- de définir une situation, de coder un état de choses et de s'orienter à travers le monde
- d'expliquer et justifier des évènements (action ou comportement)
- d'anticiper des évènements
- de formuler des conseils
- de permettre la maîtrise ou la guidance d'une action
- d'entretenir l'estime de soi.

On peut résumer ces fonctions en disant qu'elles concèdent à l'individu le statut d'expert dans un certain domaine de la vie.

Ainsi des études menées à propos des théories subjectives de la maladie établissent que celles-ci permettent aux malades d'expliquer et de décrire la maladie ou de se faire une idée de son évolution ou de l'effet des médicaments... et ainsi de contrôler le désarroi provoqué par la maladie. L'intérêt porté aux théories subjectives de la maladie a été fortement influencé par la conception négative de la santé. Mais depuis l'approche positive de la santé, l'intérêt porté aux théories de la maladie s'estompe et se déplace au profit des théories subjectives de la santé.

2.2 Les théories subjectives de la santé

Claudine Herzlich⁴⁶ (1973) a démontré l'existence de trois représentations de la santé.

A. La santé comme vide

La santé est décrite négativement : elle est absence de maladie sans aucune référence au vécu santé. Par contre dès la survenue de la maladie, la santé est annihilée.

B. La santé comme réservoir

Dans ce cas, la santé est considérée comme un réservoir ayant les caractéristiques organo-biologiques de la personne.

La personne est alors pourvue d'une plus ou moins bonne santé. Mais ce réservoir peut se remplir ou se vider selon le mode de vie.

C. La santé comme équilibre

Cette représentation correspond à un mélange d'expériences personnelles où la personne discerne ou non un équilibre.

La santé fait ici figure plus de valeur que de réalité.

⁴⁶ Ibid. p 64-65

Suite aux études de Herzlich, Williams (1983) et Crawford (1987) approuvent ces représentations et les complètent.

D. La santé comme "fitness fonctionnelle" (Williams)

La santé est dans ce cas au service des tâches et des rôles de la vie quotidienne.

E. La santé comme "release" et son opposé (Crawford)

La santé est regardée comme une tentative de maîtrise de soi et de son corps et à l'inverse, le "release" est la tentative de jouir de la vie, de se relâcher, de ne pas se contrarier.

Ces théories subjectives apportent des éléments quant à la construction de la réalité individuelle de la santé mais elles présentent une limite car elles ne permettent pas de connaître les représentations partagées culturellement.

Les théories subjectives ne sont donc pas statiques puisqu'elles sont fonction de l'interaction entre l'individu et son environnement. La perception individuelle peut être modifiée sous l'influence de la réalité collective, nous parlons alors de représentations sociales.

2.3 Les représentations sociales

Parce que la représentation est un processus psychique et que ce concept renvoie au rôle social de la connaissance, le concept de représentation sociale se situe au carrefour de la psychologie et de la sociologie.

A. Historique

La notion de représentation sociale n'est pas nouvelle puisque Kant énonce déjà au XVIIIème siècle que les objets de notre connaissance ne sont que des représentations et que la connaissance de la réalité ultime est impossible.

C'est le sociologue Durkheim qui étudie le premier les représentations collectives. En 1898, il opère une scission entre représentations individuelles et représentations collectives auxquelles il attribue une forme statique. Il établit qu'il existe des objets sociaux : les représentations collectives qui ont la propriété d'être des connaissances sociales du monde. Son étude ne donne ni l'origine ni le fonctionnement de la représentation.

En 1961, Moscovici amène les représentations sociales en psychologie sociale. Il considère que la représentation est à l'interface du psychologique et du social. En 1976, il lui concède une forme dynamique et montre que les représentations se modifient et plus exactement qu'elles se construisent en fonction des groupes.

Le concept de représentations sociales comporte plusieurs aspects qu'il est difficile de condenser en une définition simple. C'est pourquoi la première définition émise caractérisant cette richesse est celle de Denise Jodelet en 1984. Elle décrit les représentations comme une manière de penser et d'interpréter notre réalité quotidienne. Cette activité mentale est directement liée à notre environnement. Les situations, les objets, les modes de communication, les codes, les valeurs, et le contexte culturel qui caractérisent l'environnement sont autant d'éléments qui interviennent dans la construction de cette "connaissance du sens commun" ou "pensée naturelle".

La représentation se base sur une inter-action sujet-objet, c'est un moyen de connaissance et d'interprétation du monde de sens commun, d'opération sur celui-ci, transmissible et socialisant. Le monde de sens commun s'appelle société chez Durkheim et réalité par la suite.

B. Caractéristiques des représentations sociales

Aspect fonctionnel⁴⁷

Moscovici (1976) estime que les représentations jouent un rôle important dans la vie quotidienne puisqu'elles permettent la familiarisation avec ce qui est nouveau, inattendu et mettent en jeu deux processus :

- l'objectivation : opération qui donne une consistance matérielle aux idées et permet de gérer en les simplifiant l'abondance des notions et des idées. Elle donne un sens à ce qui est perçu, elle permet de rendre concret ce qui est abstrait, elle fait correspondre des choses aux mots.

Cette tâche s'effectue en deux temps : dans un premier temps, le sujet trie l'information en fonction de ses critères culturels et de son système de valeurs (ses théories subjectives) puis dans un second temps, il se forge un noyau figuratif qui associe une image au concept.

- l'ancrage : peut être considéré comme une extension de l'objectivation dans la mesure où il équivaut à "mettre un objet nouveau dans un cadre de référence bien connu pour pouvoir l'interpréter", c'est un enracinement social de la représentation dans le réseau de catégories (la catégorie est un regroupement d'objets concrets illustrant un concept).

La fonction des représentations est de maîtriser l'environnement, de comprendre et d'expliquer les faits et les idées, de donner un sens aux événements.

⁴⁷ Ibid. p 22.

Aspect structural

Les représentations sociales s'organisent autour d'un noyau central et de schèmes périphériques. Le noyau ou identité de la représentation est une structure mentale qui organise les éléments de la représentation.

Les représentations contiennent des schémas d'action à la base des attitudes. Elles dictent une sorte d'explication automatique, elles ont donc des fonctions d'orientation des conduites dans les relations inter-groupe : *"les représentations sociales sont des "systèmes" de préconceptions, d'images et de valeurs, qui ont leur propre signification culturelle et subsistent indépendamment des expériences individuelles ; elles incluent automatiquement les déviations possibles"*⁴⁸.

2.4 Représentation de la santé et de la maladie

C. Herzlich⁴⁹ (1969-1973) a effectué une analyse au sujet des représentations sociales de la maladie. Elles discernent trois représentations en rapport avec la société.

A. La maladie destructrice

La maladie anéantit l'autonomie tant d'un point de vue physique que social.

B. La maladie libératrice

La maladie occasionne l'inaptitude professionnelle qui est vécue comme libératrice dans la mesure où elle permet au sujet de se réaliser au travers d'activités enrichissantes.

⁴⁸ Ibid. p 43

⁴⁹ U. Flick, op.cit., p 27.

C. La maladie-métier

La maladie nécessite une collaboration du sujet avec le médecin pour mener son combat contre la maladie, combat qui passe aussi par un apprentissage de la maladie.

Farr a proposé une autre explication qui met en jeu le processus d'attribution : le sujet s'approprie les actions positives et il impute les actions négatives à des facteurs extérieurs.

C. Herzlich reprend l'exégèse de Farr et la complète à l'aide d'un enracinement dans la réalité sociale et historique. Derrière la représentation, elle décèle l'empreinte des pensées du XVIII^{ème} siècle où la ville est réputée avoir des effets malsains sur les individus indépendamment de leur volonté.

En ce qui concerne les représentations sociales de la santé, les nombreuses études menées valident la diversité des tableaux de la santé et démontrent leurs fluctuations selon les lieux, les groupes.

Donc la représentation sociale est une pensée collective. Celle-ci permet à un individu qui veut appartenir au groupe de se conformer à la pensée, la représentation et non à sa perception, à sa théorie : il se laisse influencer socialement, il fait sienne leur opinion. Par conséquent, la représentation sociale est plus prégnante sur la pensée, plus stable que la théorie subjective car elle dépend d'un groupe de personnes. Et l'on comprend pourquoi il est difficile de changer un comportement : le changement de comportement est en rapport à soi mais aussi aux autres.

2.5 Intérêt des théories subjectives dans des actions de santé

A. But d'une action de prévention

La prévention touche l'individu et ses comportements mais aussi son environnement et la manière dont il peut le modifier. Les actions de prévention cherchent donc à modifier un comportement en aidant les personnes à faire des choix, à être responsable.

B. Intérêt des théories subjectives et des représentations de la santé dans les actions de prévention

Jusqu'à récemment, les actions de prévention mises en place sont essentiellement des actions de prévention primaire et tertiaire or une action est d'autant plus efficace qu'elle démarre tôt, donc avant l'apparition de la maladie. Modifier un comportement en se limitant à des injonctions comportementales et à la vulgarisation des connaissances ne suffit pas d'autant plus que les personnes estiment que les risques environnementaux sont plus préoccupants que les risques individuels. D'autre part, développer des actions primaires

autour des facteurs de risque de maladie liés au comportement personnel sans tenir compte des perceptions individuelles et des représentations sociales n'est pas efficace.

Les actions ne peuvent donc plus ignorer la connaissance de la réalité-santé qui anime le public cible. Réalité qui a engagé, pour Parquet, le développement de douze modèles théoriques d'action de prévention⁵⁰ en fonction des personnes, des cultures et de l'âge. Ces modèles peuvent aider à la construction d'actions ou de programmes de prévention. Il est bien entendu que ces modèles ne constituent pas une recette car un modèle n'est jamais superposable à une situation. En revanche, ils peuvent favoriser l'identification de résultats à atteindre et de méthodes à adopter pour réussir.

Ce chapitre permet de comprendre ce qu'est un comportement : il est fonction de perception individuelle mais il est aussi le résultat d'une interaction entre l'individu et son environnement social. Elle nous fait également percevoir toute la difficulté de modifier un comportement.

Il convient maintenant d'aborder l'objet de notre étude.

⁵⁰ P. Parquet, *Education pour la santé*, CFES, n° 98.

3. ETUDE

Présentation de l'action : "former des professionnels pour une meilleure efficacité de l'accompagnement alimentaire"

3.1 Présentation du lieu de l'action

C'est une action de prévention définie sur un territoire bien spécifique : le canton de Marchiennes.

Le choix de ce canton résulte de plusieurs facteurs : d'une part, les membres du PRS Challenge sollicitent financièrement la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Douai et plus particulièrement le Fonds National de Prévention, d'Education et Information Sanitaire (FNPEIS). La CPAM étant partiellement financeur souhaite le développement de l'action dans le Douaisis et plus particulièrement dans un secteur autre que la ville de Douai et désigne ce territoire qui fait preuve d'un certain dynamisme de la part d'intervenants médicaux et associatifs. D'autre part, le choix de ce canton résulte du constat d'un manque d'accompagnement de la population pour trouver un équilibre alimentaire (alimentaire étant pris dans le sens alcool et équilibre alimentaire) mais aussi d'un manque de travail en commun chez les professionnels amenés à agir en matière d'alimentation. Face à cette volonté de ne plus travailler seul et à la complexité des problèmes, la mise commun de toutes les compétences s'impose et le concept de réseau apparaît.

Enfin ce canton est concerné par le problème de santé publique puisque la surmortalité est significative.

A. Présentation de l'action

Face à cette situation sanitaire problématique, l'action cherche à remettre à jour, dans un premier temps, les connaissances des professionnels amenés à parler d'alimentation. Réactualisation qui s'effectue par l'intermédiaire de stages de formation de type informations et aides qu'ils peuvent apporter aux personnes par rapport à l'alimentation. Et dans un second temps, à mettre en place un réseau de professionnels dans la perspective de prendre en charge l'accompagnement alimentaire.

Suite à cette perspective de travail en réseau, elle tente de connaître les raisons pour lesquelles les maires se sentent peu concernés par l'action alors qu'ils ont un rôle à jouer dans le développement d'un travail en réseau : d'une part parce que la thématique intéresse la population donc les intéresse indirectement et d'autre part, parce que ceux-ci peuvent être des "facilitateurs".

Donc c'est une action à ancrage territorial qui vise à faciliter et soutenir des initiatives locales et à assurer la cohérence de manière à élaborer un réseau.

C. But

- Réduire à long terme les morts prématurés par cancer à l'aide de la prévention.
- Optimiser l'accompagnement alimentaire des personnes par des incitations positives portant sur certains choix alimentaires et encourageant la maîtrise de la consommation alcool.

D. Objectifs spécifiques

- Remettre à jour les connaissances de professionnels locaux amenés à parler d'alimentation, par l'intermédiaire de formations.
- Provoquer les rencontres interprofessionnelles.
- Apprendre à passer le relais à d'autres professionnels.
- Impulser un travail en réseau et le valoriser avec l'aide des élus locaux.

3.2 Présentation du secteur géographique

La population du canton de Marchiennes se compose de treize communes.

Parmi les communes qui composent le canton, trois communes, dont la population est comprise entre mille et deux milles habitants, n'ont pas participé à l'enquête.

3.3 Public visé

A la suite de la faible mobilisation des élus locaux lors du bilan de la première phase de l'action et compte tenu de l'un des objectifs spécifiques de l'action de prévention, l'enquête va s'orienter vers l'implication des élus locaux dans des actions de prévention et dans le développement de structures de proximité au niveau de la santé : en tant qu'aide et relais.

Le public visé est donc un public de maires.

3.4 L'enquête

A. But de l'enquête

Cette enquête va tenter de mieux comprendre et mieux connaître le public cible afin de savoir si on peut compter sur les élus locaux pour développer le travail en réseau et pour jouer un rôle de relais vers des personnes ou des structures spécialisées mais aussi d'apprendre les ressources disponibles au sein de leur commune.

B. Objectif de l'enquête

L'objectif de la recherche est donc de recueillir les représentations des élus dans différents domaines :

- quelle représentation les maires ont-ils de la santé et de l'alimentation?
- quelle représentation les maires ont-ils de leur fonction?
- quelle représentation les maires ont-ils des actions de prévention?

Par conséquent, ce que nous souhaitons obtenir des interviewés, c'est qu'ils s'expriment librement autour des questions⁵¹ .

C. Choix de la technique d'enquête

De manière à répondre à la question de recherche, la technique de l'entretien semi-directif s'impose assez vite et ce pour deux raisons. D'abord, l'objet de la recherche porte sur la santé et l'alimentation or ces deux concepts sont non quantifiables. Ces notions relèvent des perceptions et des représentations des individus que l'on ne peut obtenir que par le discours puisque le langage est un outil servant à communiquer les représentations. Ensuite, par la taille réduite de l'échantillon qui se compose du nombre d'élus représentant chaque commune du canton ayant bénéficié de l'action "former des professionnels pour une meilleure efficacité de l'accompagnement alimentaire de la population" : soit treize personnes.

Préalablement à la conduite des entretiens, des entretiens exploratoires sont nécessaires de manière à contrôler la grille d'entretien et à l'affiner. Malheureusement, la taille réduite de l'échantillon contingente les entretiens exploratoires et le seul qui a pu être mené, s'est passé avec un élu ne faisant pas partie du canton. Cette limite s'impose dans la mesure où les entretiens exploratoires ne peuvent se dérouler avec le public cible car la non-appartenance au canton ne m'autorise pas à poser toutes les questions prévues pour l'échantillon. En effet, une partie du questionnaire relève de l'action de santé qui s'est déroulée exclusivement dans le canton de Marchiennes.

⁵¹ Annexe 4 : questionnaire d'entretien

Toutefois, nous tenons à mener un entretien exploratoire d'une part, pour nous assurer que les questions sont claires et répondent bien à une partie de notre recherche. D'autre part, afin de nous familiariser avec cette méthode que nous utilisons pour la première fois.

D. Définition de l'échantillon

L'échantillon se compose de dix élus qu'il est possible de présenter de manière un peu plus précise à l'aide de quelques données recueillies dans le cadre des entretiens.

L'âge des élus

L'échantillon de la recherche se compose de dix élus de sexe masculin dont l'âge s'échelonne de 46 à 74 ans et qui correspond à une moyenne d'âge de 54 ans.

La situation familiale des élus

Les élus sont tous mariés et ont tous des enfants. Leur nombre varie de 1 à 4 tandis que leur âge est disparate.

L'âge des enfants est supérieur à vingt ans ce qui nous oblige très vite à revoir une question de l'entretien qui cherche à connaître l'appréciation de l'alimentation au niveau de la cantine par l'intermédiaire d'enfants scolarisés de l'élus. Ce sujet n'est pas abandonné mais repris d'une autre manière : l'intervention se fait autour de la question "Où prenez-vous vos repas ?... vous n'avez donc jamais eu l'occasion de prendre un repas à la cantine " ou en fonction des opportunités qui nous sont autorisées lors du discours des élus.

Le niveau scolaire des élus

L'approche des élus selon leur niveau d'étude met en évidence une sur-représentation d'élus issus d'une formation d'enseignement général. En effet, un seul élu est issu d'une formation technique et un autre est autodidacte. Les autres élus ont au minimum le baccalauréat.

Le public cible se compose donc d'élus dont la moyenne d'âge est de 54 ans. Ils sont mariés et ont en général deux enfants dont l'âge est supérieur à vingt ans. Par ailleurs, la plupart ont acquis un niveau d'enseignement général qui se situe au minimum au baccalauréat.

E. Cadre de l'entretien

Parmi les dix entretiens, huit ont lieu à la mairie et plus précisément dans le bureau de l'élu. Dans l'ensemble, les bureaux sont clairs, sobres et jouissent d'une bonne insonorisation sauf pour une commune et ceci a pour conséquence la non retranscription de certains mots et même la suppression d'un passage du dialogue entre l'élu et un membre de son personnel. A noter aussi, la perturbation provoquée par la présence du fax dans un bureau et qui empêche la retranscription de certains mots du discours d'un autre élu.

Quant aux deux autres, l'un se déroule dans le bureau du chargé de mission et l'autre dans le bureau de l'élu au sein d'une structure intercommunale.

F. Conduite d'entretien

L'entretien de type semi-directif dure généralement quarante-cinq minutes : trois durent plus de soixante minutes. Il est enregistré après autorisation de l'élu à l'aide d'un dictaphone et se structure toujours de la même façon : pas de distinction entre les communes et les villes. Il comprend des questions ouvertes pour lesquelles les réponses obtenues sont plus ou moins longues.

Dans un premier temps, il s'oriente sur la perception des actions de santé puis sur la représentation de la santé et de l'alimentation. Dans un second temps, il porte sur la représentation de la mission de maire pour se terminer sur des caractéristiques personnelles.

Après la présentation de la démarche de recherche, il nous reste à présenter l'analyse des entretiens.

3.5 Analyse des entretiens

La réalisation des entretiens permet de rassembler les informations nécessaires pour répondre à la première inférence : **les caractéristiques personnelles du maire feront qu'il sera prêt ou non à être sensibiliser à une action de santé.**

Caractéristiques personnelles des élus

Les maires possèdent certaines caractéristiques communes puisque dans l'ensemble, ils sont originaires du canton, ils ont au moins trois mandats d'élus à leur actif et ont accédé à la fonction de maire essentiellement par concours de circonstance.

Par rapport à cet échantillon, une intuition nous pousse à dire que parmi les caractéristiques communes, certaines d'entre-elles pourraient prédisposer les

élus au développement d'actions de santé. Nous entendons par caractéristiques prédisposant à ces actions :

- la non activité professionnelle : elle est synonyme d'une plus grande disponibilité et par suite d'une attention, d'un intérêt plus élevé par rapport à tout type d'action "*J'ai essayé de travailler au départ mais très vite j'ai compris que c'était bien faire l'un ou faire l'autre hein. J'ai fait le choix d'exercer mon mandat d' élu*"; "*je suis enseignant également hein, donc je cumulais mon boulot d'enseignant plus celui de maire, ce n'était pas simple. J'ai été obligé de prendre un emploi à mi-temps parce qu'on ne peut pas à la fois avoir une vie professionnelle et une vie publique sans s'y consacrer*".
- l'origine par rapport au canton. En effet, si l' élu est originaire du canton il a la possibilité de connaître les problèmes inhérents et récurrents au canton et ainsi d'être plus attentifs à ceux-ci afin d'aider au mieux ses administrés : "*apporter un petit peu tout le bonheur qu'elle m'avait apporté et puis j'adore ma ville (rire), j'y suis né, elle m'a tout apporté ma ville donc j'ai voulu lui donner*".
- des troubles de santé peuvent rendre les élus plus sensibles à des actions de santé.
- le cumul de missions permet d'envisager une plus grande connaissance de problèmes liés au territoire qu'il peuvent ramener à leur commune "*A partir de là j'ai fait partie...de la commission citoyenneté-politique de la ville alors là je me rapproche de mon boulot de maire... Ça me donne des ouvertures*". De même, la mission d' élu avec au préalable une implication dans le champ associatif, prédispose à un dévouement plus important de ces élus par rapport à leurs administrés et leurs problèmes.
- la connaissance de certaines données statistiques par l' élu, comme le taux de chômage ou le nombre de personnes âgées, en dehors des normes du département peut favoriser une attention plus soutenue des élus envers des actions allant dans le sens d'un rattrapage de la norme.

La réalisation d'un tableau nous permettra de visualiser plus rapidement les caractéristiques personnelles des élus.

Echantillon caractéristiques	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E10	E11	Total
La non activité prof.		•	•		•		•		•	•	6
Originaire du canton		•	•	•	•	•		•	•	•	8
Trouble de la santé		•	•			•		•	•	•	6
Cumul de fonction et participation association		•	•			•		•	•		5
Problème dans leur commune/chômage ou l'âge		•		•	•	•				•	5
	0	5	4	2	3	4	1	3	4	4	30

Tableau 1 :
Répartition des caractéristiques favorables à des actions par élu

Source : tableau édité par l'étudiante

Ce tableau semblerait indiquer que les caractéristiques personnelles peuvent influencer l'investissement des élus dans des actions de santé puisque nous constatons qu'E4, E7, E10 et E11 ont déjà participé à ou on favorisé des actions.

A la suite de ce constat, il nous faut aborder la représentation de la santé, de l'alimentation et le lien effectué entre l'alimentation et la santé de manière à vérifier l'hypothèse suivante : **Un maire ayant une bonne connaissance de l'alimentation, une représentation de la santé comme un réservoir de santé et effectuant un lien entre alimentation et santé sera mieux disposé envers les actions de prévention.**

3.6 REPRESENTATION DE LA SANTE

A. Les modèles de la santé

L'approche de la santé chez les élus indique une diversité des images de la santé, qui sont en fait les éléments de la représentation, mais cette diversité est justifiée car certains élus soulignent que "La santé, c'est un domaine très vaste". L'organisation de ces éléments autour d'un noyau central, que l'on peut nommer identité de la représentation, permet de les classer selon les modèles énoncés par Bury :

- le modèle global : la santé est définie comme un bien-être dans ses 3 dimensions : physique, moral et social "quand on est bien physiquement, on est bien dans sa peau, on est bien professionnellement, on est bien dans sa famille"....

Les élus ont une vision globale de la santé où le rôle de l'environnement n'est pas encore reconnu.

- le modèle biomédical : la santé est conçue de manière linéaire avec le sentiment de ne pas pouvoir jouer un rôle au niveau de la santé puisque la maladie leur est externe "*la santé euh, c'est tout pour moi. Ecoutez vous avez la santé, vous pouvez tout faire ; vous n'avez plus la santé, vous ne pouvez plus rien faire.*"

Outre ces deux modèles, certains élus se place dans une position intermédiaire : vision qui n'est ni globalement positive ni négative, situation évoquée par Bury.

- le modèle intermédiaire : dans cette catégorie, la représentation s'effectue essentiellement à partir des déterminants de santé et un lien est fait entre la santé et des comportements à risque "*Mais la santé ça va au-delà du fait de manger, c'est respirer du bon air donc protéger notre environnement, c'est également manger des, des légumes de son jardin donc ça passe aussi par des habitudes de... être en bonne santé, c'est également faire du sport. Pour moi, c'est se dépenser intelligemment euh, boire raisonnablement de tout, ni trop, ni trop peu*"

Assurément, le public d'élus n'a pas la même représentation de la santé et des différences se manifestent dans leur discours. Néanmoins celui-ci s'oriente plutôt vers une conception globale de la santé : perception non médicalisée qui permet d'envisager que les élus soutiennent des actions de prévention en faveur des jeunes.

B. Représentations sociales de la santé

Dans l'ensemble, les élus se perçoivent en bonne santé. Leur perception relève de critères subjectifs qui font référence aux théories subjectives développée par Claudine Herzlich.

- **La santé comme vide** : Etat décrit négativement, comme une absence de maladie avec toutefois une distinction entre :
 - ceux qui pensent que l'absence de visite chez le médecin est un gage de bonne santé "*Euh, ben je rencontre rarement un médecin donc c'est déjà être en bonne santé*"
 - ceux pour lesquels une visite régulière chez le médecin est une garantie de bonne santé "*En bonne santé générale, oui. Donc moi, je vais voir le médecin régulièrement, me semble t-il.*"

Bien que ces deux perceptions soient contradictoires, elles s'inscrivent dans un même champ, l'absence de maladie, donc dans une conception négative de la santé. Cette antilogie à l'intérieur d'une même catégorie peut s'expliquer dans leur manière d'appréhender la maladie : pour les uns même si la santé relève du monde médical, on peut prévenir la maladie tandis que pour les autres, la maladie est une fatalité, rien ne peut empêcher son arrivée.

- **La santé comme réservoir** : La santé est plus ou moins bonne mais ce réservoir peut se remplir ou se vider selon le mode de vie ; *"on peut l'améliorer la bonne santé. Même la personne qui se sent en pleine forme euh ben c'est peut-être un malade qui s'ignore, quelque part"*.

Cette catégorie se compose de personnes ayant eu une expérience personnelle en rapport avec des troubles de la santé.

- **La santé comme équilibre** : La santé correspond à un mélange d'expériences personnelles où la personne discerne ou non un équilibre "je considère que mes multiples activités sont complémentaires et me permettent d'atteindre un certain équilibre".

La représentation subjective de la santé des élus va au-delà de ce qu'avait énoncé Claudine Herzlich. Crawford a d'ailleurs perçu cette limite dès 1983 et a alors complété les représentations en parlant de :

- **La santé comme "fitness fonctionnelle"** : La santé est alors au service des tâches et des rôles de la vie quotidienne; *"J'ai une activité professionnelle et en plus la mairie qui m'occupe pas mal. Et bon, j'ai une vie familiale. Donc je pense que j'arrive à assurer"*.

Cet échantillon établit un rapport entre santé et travail, elle perçoit la santé comme une aptitude à réaliser sa vie donc donne une dimension sociale à la santé.

La plupart des élus se positionnent catégoriquement tandis que trois ont une position plus nuancée et se rangent dans plusieurs catégories.

La réalisation d'un tableau nous permettra d'apporter un peu plus de précision quant à leur représentation par rapport aux théories subjectives.

Echantillon théorie	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E10	E11	Total
santé comme vide	•			•			•		•		4
santé réservoir		•				•			•	•	4
santé équilibre			•						•		2
santé "fitness"				•	•		•	•			4
Total	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	14

Tableau 2 :

Représentation de la santé des élus à partir des théories subjectives

de Claudine Herzlich complétée par Crawford

Source : tableau réalisé par l'étudiante

Il est à noter qu'aucune catégorie ne prévaut sur une autre toutefois la théorie qui fait office de valeur plus que de réalité est sous-représentée.

Outre cette représentation subjective de la santé émerge le concept de risques "moi, je ne suis pas en bonne santé, non. Non parce que je fume trop, voilà". Ce comportement nuit à sa santé "je suis allé au ski et puis là, il y a moins d'oxygène et je me suis senti vachement oppressé". Or pour lui comme pour tous les élus, la santé repose essentiellement sur la condition physique "Quand on est bien physiquement, on est bien dans sa peau, on est bien professionnellement, on est bien dans sa famille".

Les témoignages permettent également de mesurer toute la difficulté de changer un comportement néfaste pour la santé "je me suis préparé moralement en me disant bon, il faut arrêter, il faut arrêter, il faut arrêter : je me suis mis en condition".

Même si dans l'ensemble les élus ont une perception positive de la santé, même s'ils connaissent l'impact de certains comportements sur la santé, il n'en demeure pas moins qu'ils mettent en évidence la part de liberté dont les individus disposent par rapport à leur comportement.

C. Représentation de la santé des administrés

En ce qui concerne la représentation de la santé de leurs administrés, les élus sont moins prolixes. La représentation de la santé des administrés se partage autour de deux pôles : ceux qui ne savent pas car la santé repose sur des critères auxquels ils n'ont pas accès et par conséquent nous pouvons envisager qu'ils seront moins enthousiastes envers des actions de santé et ceux qui connaissent la situation de certains administrés par rapport à la santé et seront plus favorables à des actions de santé envers ces personnes.

D. Les déterminants de santé

Bien que les déterminants de la santé soient nombreux, le plus significatif pour les élus est le comportement individuel "Donc voilà moi je pense que la santé, c'est pas boire, fumer bon, c'est des arguments, le sport et puis bien manger, bien manger correctement pas faire d'excès". Par conséquent, si la santé repose sur des responsabilités personnelles, il est fort probable que les élus se reconnaissent peu de mission par rapport à la santé.

E. Conclusion

L'ensemble des données nous révèle que le champ de la santé n'est pas réservé à une communauté d'experts, puisque la majorité de l'échantillon a une perception positive de la santé. Les élus peuvent s'y engager avec toutefois

une réserve quant à l'implication de ceux qui ont une conception négative de la santé.

Par contre, les élus mettent en évidence le rapport intime entre la santé et l'individu à travers les déterminants de santé : la santé est sous la responsabilité des individus qui sont libres d'adopter un comportement même reconnu néfaste. On peut donc avancer que les élus ne prennent en considération les problèmes de santé dans leur mission que de manière très mesurée hormis pour les élus qui ont une bonne perception de l'état de santé des administrés en difficulté sociale.

Donc le degré d'implication de certains élus dépendra du sens donné à l'action : leur préférence ira sans doute vers des actions de promotion de la santé en direction d'un public très jeune de manière à les doter de ressources personnelles leur permettant de faire face aux situations de la vie.

Afin de déceler les élus qui risquent de s'intéresser à des actions de santé, il est utile d'élaborer un tableau récapitulatif qui prennent en compte les remarques précédentes.

Echantillon	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E10	E11	Total
Représentation											
Modèle de santé positif ou plutôt positif		.	.		.	.	.	.		.	7
Représentation sociale de la santé positive ou plutôt positive		+	.		.	+	.	.	+	+	8
Bonne représentation de la santé des administrés		.				.	.		.	.	5
Lien entre santé et alimentation	.		.	.	.	.	.	.	.	.	9
Préconisation de prévention						.	.				2
Total	1-	3	3-	1	3	5	5-	3	3	4-	31

Tableau 3 :
Représentation de caractéristiques favorables à des actions de santé

Source : tableau réalisé par l'étudiante

Quelques précisions au sujet de ce tableau : le signe + indique une représentation de la santé comme un réservoir et les signes - dans les cases total se justifient par rapport au lien entre santé et alimentation. En effet, certains élus parlent explicitement du lien entre santé et alimentation, d'autres parlent de ce lien mais aussi des déterminants de santé et enfin les derniers ne parlent que des déterminants de santé or évoquer les déterminants de santé

indique qu'un lien existe entre alimentation et santé mais le fait de ne suggérer qu'une partie des déterminants est une réponse partielle.

Il semblerait que les élus les mieux disposés en faveur d'actions de santé soient des élus qui ont une représentation de la santé comme un réservoir et qui préconisent des actions de prévention chez les jeunes.

3. Représentation de l'alimentation

A. Représentation de l'acte manger

Manger n'est pas seulement se nourrir, c'est aussi un plaisir qui n'est pas à négliger même s'il revêt un caractère d'exception "*bon euh on se fait plaisir quoi disons tiens on va changer disons de la nourriture traditionnelle, il y aussi ce côté là à ne pas négliger*" cependant cet acte ne fait pas ou peu référence à l'équilibre alimentaire. Par contre, il représente pour certains un moment privilégié de communication.

B. Représentation d'une bonne alimentation

Une différence s'opère dans le champ de la représentation entre une population qui pense qu'une bonne alimentation est :

- une alimentation variée qui se traduit en terme de produits "*une bonne alimentation ben, c'est un peu de viande et beaucoup de crudités, beaucoup de légumes crus ou cuits*".
- un équilibre diététique avec derrière une notion de restriction, un arbitrage entre plaisir et santé. A cette notion d'équilibre diététique, certains élus émettent quelques réserves quant à sa mise en application "*Et encore faut-il avoir le temps de préparer le dîner si on veut manger quelque chose de fin*" par rapport au temps ou par rapport à des connaissances spécifiques "*Pour manger équilibré, il faut s'y connaître, c'est pas évident. Par contre, il faut manger de la bonne qualité*".

Une distinction se réalise dans le champ de la perception d'une bonne alimentation : d'un côté la variété et de l'autre la diététique. Cependant au plus profond de ces deux représentations émerge une notion de plaisir qui est bien illustrée par "*Je suis d'accord avec le principe : "il ne faut pas vivre pour manger mais manger pour vivre", je suis d'accord avec ce principe mais manger pour vivre euh vivre pour manger c'est bien aussi (rire)*".

C. Représentation de l'alimentation de la cantine scolaire

Dans cette perception, nous pouvons réaliser une différenciation entre les élus qui :

- n'ont jamais pris de repas à la cantine et qui pensent que les repas sont équilibrés et respectent l'hygiène alimentaire : ce type de repas est vu très positivement quel que soit le mode de fonctionnement "*oui, c'est très, très bien fait. Bon c'est parfait et sans danger. Tout, tout, c'est formidable*".

Cette représentation de l'alimentation est pour le moins surprenante car elle ne se base sur aucun élément réel. La référence de ce groupe est l'équilibre alimentaire et plus exactement la présence hypothétique d'une diététicienne et le respect des règles d'hygiène alimentaire.

- ceux qui mangent de temps en temps à la cantine et qui pensent que la nourriture est correcte sans plus : "*Ben si, c'est bon, c'est banal oui*"; Les élus ne semblent pas faire de différence entre le repas de cantine et le

repas servi à la maison excepté d'un point de vue choix. On pourrait même penser que le repas de cantine est bénéfique car il impose la variété alors qu'à la maison on a tendance à privilégier ce que l'on aime "*Pas de problème. Il y a des jours où je mangeais plus ou moins bien selon mes goûts hein. Là, on est bien obligé de manger de tout, tout ce qu'il se présente sans pouvoir faire de choix*".

Par ailleurs, il semble que la nourriture de la cantine fasse plus référence à l'équilibre alimentaire que les repas à la maison. Cet équilibre est sans doute à associer au suivi des repas par une diététicienne. Cette suggestion pourra peut-être trouver une explication lors de l'étude de la mission du maire par rapport à la cantine.

D. Comportement en rapport à l'alimentation

Les élus constituent une population hétérogène dans son comportement alimentaire, il n'en reste pas moins qu'ils partagent un certain nombre de caractéristiques. Celles-ci sont regroupées de la façon suivante :

- les élus qui portent une attention régulière à leur alimentation : ils sont peu nombreux et ce regain d'attention s'explique par des problèmes de santé ou par l'effet d'âge. "*je vous l'ai expliqué : j'ai été opéré d'une hernie discale très grave et je ne peux pas dépasser un certain poids. Parce que, pour éviter que la vertèbre ne se tasse et je vous dirai que là, j'ai largement dépassé le poids*".
- les élus qui portent une attention ponctuelle : la grande majorité des élus adoptent cette position qui correspond à un signe apparent de mauvais état général : la prise de poids. "*Quand je prends un peu de poids, que je grossis. J'essaie de perdre soit sous forme d'alimentation ou en faisant du sport*". Ce comportement des élus est en corrélation avec l'idée qu'ils se font de manger : manger étant un plaisir, il est difficile dans ce cas de privilégier en permanence l'attention par rapport à son comportement alimentaire.

Dans l'ensemble, les élus reconnaissent qu'ils n'ont pas un bon comportement alimentaire.

E. Comportement en rapport avec l'alcool

Les élus se positionnent autour de trois comportements :

- ceux qui boivent comme tout le monde : "*Je ne fume pas, je bois comme tout le monde un verre. L'apéro c'est très très rare, je ne bois pas d'apéro, maximum une fois par semaine*".

Ce comportement est flou cependant il ne m'avait pas interpellé au départ et je ne suis pas allé plus loin dans mes investigations. Mais l'interview d'un élu m'a fait réagir "*il y a une fois, il y a une vingtaine d'années j'ai conduit un mec. Je l'ai emmené à Lille voir des spécialistes pour une cure. Ils lui ont posé des*

questions 'monsieur, vous buvez beaucoup?' ben il dit "ben comme tout le monde" "Qu'est ce que ça veut dire comme tout le monde". Bon il dit: "allez, deux trois apéritifs le midi, ½ litre de vin dans la journée et puis un cognac ou deux" Je me suis retourné vers lui et je dis "t'es sûr que tu ne bois que ça? Le matin, qu'est-ce tu bois" je dis "avec ton café, quatre-cinq cognacs, dans la journée" je dis "tu bois au, au moins vingt bières, le midi sept-huit ricards, deux-trois litres de vin par jour". Cela m'a montré qu'il y avait nécessité d'approfondir ce comportement : qu'entend-on par boire comme tout le monde, compte tenu qu'il n'existe aucune norme ?

- ceux qui boivent modérément sauf dans les occasions : a priori ce comportement est normal car occasionnel et n'inquiète pas outre mesure : "Je ne me prive pas lorsqu'il y a des occasions".

Or, ce type de comportement rejoint ce qu'énonce un élu à propos du comportement des jeunes "Le samedi soir nous avons quelques dégradations au niveau de la commune causées par des jeunes qui ont bu car on retrouve les canettes. Il est difficile d'intervenir car ce sont des gens normaux comme tout le monde qui boivent occasionnellement". Le comportement des jeunes est normalisé comme celui des adultes précédemment; or si nous nous reportons à l'actualité ce type de comportement inquiète de plus en plus les pouvoirs publics. C'est donc qu'il n'est pas sans effet néfaste quant à l'avenir.

- ceux qui boivent modérément ou exceptionnellement : cette catégorie regroupe certains des élus qui ont un problème de santé.

La consommation d'alcool est généralement banalisée sous les termes "boire comme tout le monde, boire modérément sauf dans les occasions" qui sont des normes très subjectives et très larges : ceci peut expliquer le fait que certains élus ne perçoivent pas de problème dans leur commune au niveau de la consommation d'alcool.

Les élus estiment donc que l'alimentation est d'abord une nécessité et revêt un caractère exceptionnel de temps en temps : c'est alors le plaisir de la table. Par ailleurs, une bonne alimentation est synonyme d'équilibre, de variété.

Dans l'ensemble les élus avouent ne pas avoir un bon comportement alimentaire car la plupart ne font pas attention à ce qu'ils mangent sauf épisodiquement : lors de la prise de poids. Cette attitude est à rapprocher de la représentation de manger qui fait référence au plaisir et à la nécessité et non à la bonne alimentation.

Par contre, ceux qui ont un problème de santé déclarent porter une grande attention à leur alimentation.

F. Représentation du comportement alimentaire des administrés

Certains élus avouent qu'il est difficile d'en avoir une idée car c'est un domaine personnel, privé qui peut être illustré par le discours d'E3 "*Je n'en sais rien. Comment voulez-vous que je sois chez les personnes*". Malgré ce caractère privé s'opère une distinction entre :

- ceux qui affirment que les habitudes alimentaires des personnes ne sont pas correctes et attribuent ce mauvais comportement à des excès : par rapport aux traditions car les personnes âgées préfèrent une alimentation nourrissante ; par rapport aux conditions sociales car les personnes qui disposent de peu de moyens ne peuvent se permettre de bien se nourrir ; par rapport au mode de vie ; par rapport aux goûts.
- ceux qui pensent que les habitudes alimentaires sont correctes et reposent sur les traditions. Toutefois une nuance est amenée à ce propos : la tradition est plus ou moins bonne selon l'origine culturelle

La perception plutôt positive provient d'élus de petites communes où les habitudes de jardinage sont encore très répandues. Cependant dans l'ensemble, la perception du comportement alimentaire des administrés est plutôt négative et ceci pour diverses raisons que nous pouvons résumer par une phrase "*Non je pense que, on fait pas attention disons à notre façon de s'alimenter*". La diversité d'origine n'empêche pas les élus d'être conscients que le mauvais comportement alimentaire est plus développé chez les administrés ayant des problèmes de ressources. Bien que cette perception soit négative, ils ne l'estiment pas préoccupante.

3.8 Représentation des revenus des administrés

L'estimation des revenus se partage entre deux tendances :

- ceux pour qui les revenus sont moyens "*il n'y a pas de bourgeois. Beaucoup d'ouvriers, beaucoup d'employés*".

Dans cette perception, nous nous apercevons que chacun a son système de référence et que le terme moyen se définit différemment.

- ceux pour qui les revenus des administrés sont mauvais : "*Assez faibles sur le secteur. On a encore un taux de chômage qui avoisine les 20%*".

Là encore, la vision est fonction de critères très subjectifs.

Dans l'ensemble, les revenus sont perçus comme modestes voire mauvais et il est intéressant de savoir si les élus estiment qu'il existe un lien entre le revenu et l'alimentation.

3.9 Liens entre revenus et alimentation

Pour la majorité des élus, les revenus interagissent sur l'alimentation et ceci de deux façons :

- les personnes aux faibles revenus ne peuvent s'offrir la qualité : "*certaines sociétés qui sont en bas de l'échelle ne peuvent pas s'acheter ce qu'ils pensent pour manger et ils sont bien obligés de prendre ce qu'on leur donne*".

Les élus s'accordent à dire que les personnes aux revenus faibles ne peuvent accéder à une bonne alimentation. Si nous nous reportons à leur représentation de la bonne alimentation, celle-ci équivaut à la variété et l'équilibre. Or ici, l'alimentation est synonyme de qualité : à aucun moment ils ne mentionnent l'équilibre. Ce qui tend à montrer que la bonne alimentation est en fait associée à la qualité et non à l'équilibre : la qualité est un moyen de contourner l'équilibre alimentaire trop difficile à mettre en place.

- Les personnes aux revenus faibles ne peuvent se nourrir correctement : la faiblesse des revenus entraîne pour certains des choix entre le "confort" et l'alimentation et pour d'autres, l'alimentation est très rudimentaire y compris chez les enfants.

3.10 Conclusion

L'alimentation est en priorité une nécessité, un plaisir de temps en temps "*bon euh on se fait plaisir quoi disons tiens on va changer disons de la nourriture traditionnelle, il y a aussi ce côté là à ne pas négliger*" mais pas ou peu un équilibre alimentaire. Par ailleurs, l'équilibre alimentaire est vécu comme quelque chose de contraignant en temps, en connaissances spécifiques. C'est la raison pour laquelle les élus ont du mal à y accéder et avouent leur mauvais comportement alimentaire. Cet aspect spécifique attaché à l'équilibre permet de comprendre la valorisation de l'alimentation des cantines car celle-ci renvoie à une diététicienne : spécialiste de l'équilibre alimentaire. Ce désintérêt pour l'équilibre se confirme, lors de la recherche d'un lien entre revenu et alimentation : les élus effectuent un lien entre la faiblesse des revenus et l'inaccessibilité à une alimentation de qualité mais ne parlent pas d'équilibre alimentaire : nous notons une contradiction entre leur représentation de la bonne alimentation, qui correspond à la variété et l'équilibre, et leur discours où l'alimentation est synonyme uniquement de qualité. Pour les élus, le moyen de contourner l'équilibre est de le remplacer par la qualité. Et enfin, l'alimentation relève du domaine privé.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, l'évolution des conditions de vie et surtout des loisirs, cumulée à une absence de norme entraîne sa

banalisation. Par conséquent, les élus n'ont pas une bonne perception du comportement alcoolique.

Par conséquent, même si certains élus sont prédisposés à s'impliquer dans des actions de santé, les représentations de l'alimentation permettent de supputer un manque d'intérêt de leur part pour des actions de santé en rapport avec l'alimentation.

Après avoir étudié la représentation de la santé et de l'alimentation, il nous reste à aborder le dernier point : la représentation de la mission. Ce dernier point nous permettra de valider ou d'invalider le dernier point : **Un maire en milieu rural estime que sa mission est de permettre le bien-être des citoyens sans que cette mission recouvre le domaine de la santé.**

4. REPRESENTATION DE LA MISSION DE MAIRE

Le maire est le représentant d'une collectivité décentralisée par conséquent, il est doté d'attributions spécifiques. Quoique la plupart des élus considère qu'être maire va bien au-delà d'une mission : c'est un métier. Comme tout métier, il repose sur des compétences qui ont des limites : en général, on exerce un métier en fonction de ses affinités.

Le maire, ayant suffisamment de responsabilités et de travail par rapport à ses dotations mais aussi au rôle de proximité qu'il développe et qu'il prend très à cœur, il n'est pas tellement enclin à déployer des actions supplémentaires du type santé et encore moins en alimentation. D'autant plus que ces actions ne font pas partie des axes forts de la politique : les élus sont dotés de peu de compétences en matière de santé publique (la commune est investie d'une mission réduite en matière sanitaire à savoir l'hygiène du milieu et d'un pouvoir de sécurité publique qui se rapporte à des préoccupations sanitaires). Par ailleurs, la population ne fait pas ressentir de besoin à ce niveau "*je crois que les gens traitent euh, ont quand même des repères donc ils traitent plutôt ça avec leur médecin*" et que les élus ne s'octroient pas de compétences dans ce domaine "*Quand on veut aider les gens à s'en sortir ben faut pas se tromper quoi, faut pas faire pire que bien, faut pas vouloir faire à la place des autres, hein faut savoir reconnaître humblement ben on n'est pas compétent, il y a des gens plus compétents*", "*le rôle des élus actuellement de savoir, de pouvoir surtout, pas forcément savoir mais pouvoir répondre aux besoins des gens*", "*on les écoute d'abord, on a compris leurs besoins et puis à partir de là les réalisations qui sont données ben c'est forcément celles que les gens attendent, une orientation vers des structures qui répondent à leur besoin*". En outre, les actions de santé n'ont pas la faveur des élus car ils les perçoivent comme autoritaires et s'opposant à leur façon de procéder : une action ou une aide doit partir d'un besoin exprimé par les administrés.

Autant les élus accordent une importance à l'aide qu'ils peuvent apporter aux administrés, autant ils se reconnaissent une mission restreinte par rapport à la santé. Mais certains veulent bien jouer un rôle d'information voire de relais vers des structures *"Il y a des choses euh parfois, vous me dites "là tiens, euh, euh renseigner davantage les gens sur l'hygiène alimentaire", ben oui, j'ai noté et on essaiera de faire quelque chose et pour la santé pareil hein"*.

5. CONCLUSION

Au terme de cette recherche dont l'objectif est de connaître l'implication éventuelle des élus locaux du canton de Marchiennes dans des actions de santé, il est utile d'en dresser un bilan et de suggérer quelques mises en garde quant à la mise en place d'actions nécessitant un appui des élus.

L'implication des élus dans des actions de santé peut avoir diverses origines parmi lesquelles nous trouvons les caractéristiques personnelles. L'étude de ces caractéristiques indique que des élus n'ayant pas d'activité professionnelle, une origine dans le canton, un cumul de mission ou une implication antérieure dans le bénévolat, des troubles de la santé et également une connaissance de problèmes socio-économiques des administrés sont plus prédisposés à développer des actions de santé. L'ensemble de ces données confirme notre hypothèse : ***les caractéristiques personnelles de l'élu local feront qu'il sera prêt ou non à soutenir une action de santé.***

Outre ces caractéristiques personnelles, il apparaît qu'un élu qui établit un lien entre la santé et l'alimentation et qui a une bonne représentation de la santé c'est-à-dire qui a une vision positive de la santé, qui associe la santé à un réservoir sera mieux disposé envers des actions de santé bien qu'une restriction soit à apposer aux actions à visée alimentaire : elles risquent de rencontrer une certaine résistance de la part des élus. Ces résultats invalident partiellement l'hypothèse selon laquelle ***un élu local ayant une représentation de la santé comme un réservoir et effectuant un lien entre alimentation et santé sera mieux disposé envers des actions de prévention***, puisque l'élu n'est pas prêt à soutenir tout type d'action.

Et enfin, les élus estiment que leur mission au niveau de la santé se limite à des actions de prévention qui favorisent le bien-être des administrés et qu'ils n'ont pas pour mission les problèmes de santé liés à la maladie pas plus que les problèmes alimentaires. Par conséquent l'hypothèse : ***un maire estime que sa mission en milieu rural est de permettre le bien-être de ses concitoyens sans que cette mission recouvre le domaine de la santé*** est bien vérifiée.

L'ensemble de ces données permet d'amener une restriction à l'hypothèse de départ. Celle-ci devient : ***les élus du canton de Marchiennes sont prêts à être sensibilisés à certaines actions de prévention à la santé en fonction***

de caractéristiques personnelles et de leur représentation de la santé et non en fonction de l'idée qu'ils se font de leur mission.

La réponse à cette hypothèse est : **un élu qui n'a pas d'activité professionnelle, qui est originaire du canton, qui cumule des missions ou qui s'est impliqué dans le bénévolat, qui a une connaissance de problèmes socio-économiques dans sa commune mais aussi une bonne représentation de la santé (une vision positive de la santé, qui établit un lien entre la santé et l'alimentation), qui a des troubles de la santé et enfin qui associe la santé à un réservoir sera plus enclin à soutenir des actions de santé si toutefois les actions ne viennent pas se "plaquer" dans la commune.**

L'implication des élus locaux dans des actions de santé sera d'autant plus importante que l'action :

- bénéficie d'une bonne capacité de communication entre le décideur de l'action et l'élu : "En quoi l'action P17 "former des professionnels pour une meilleure efficacité de l'accompagnement alimentaire de la population" vous a t'elle intéressé?" *"Quoi, il y a eu une formation P17 à PPPP" ; "L'action P17, c'est quoi ça ?" ; "Eh bien, elle aurait pu m'intéresser mais faute d'avoir reçu les documents (silence), je ne pourrais pas vous en parler".*
- est en adéquation entre les besoins ressentis et la population. Ce qui peut nécessiter l'apport de données spécifiques (sur l'alimentation) et la construction d'un diagnostic commun décideur-élu sur l'état de santé et le besoin des administrés. Exemple d'action inadaptée : *"Le service que l'on voulait mettre en place pour les personnes âgées euh, ils n'ont pas répondu présents, je suppose qu'ils n'en ont pas besoin".*
- possède un caractère d'efficacité, les élus sont sensibles à la notion d'efficacité au niveau de l'aide : *"j'étais assez sceptique sur la manière dont ça allait être appliqué, mis en application parce que je crois que ça nécessite un travail très important et je ne suis pas sûr que ça puisse être mené à terme : cela nécessite tellement de, de travail que, euh, je me demandais, je me demandais si ça allait pouvoir être mené à son terme...ça me semblait, euh, très intéressant mais tellement lourd, lourd à gérer que j'avais en effet des doutes"*
- affiche une référence de mieux-être plutôt qu'alimentaire. En effet, l'alimentation renvoie à l'équilibre alimentaire or cet aspect revêt un caractère coercitif et peu engageant *"Donc je pense que si l'on veut attirer les personnes à propos de l'alimentation, il faut que l'action soit sur un autre thème que celui là".*
- s'inscrit dans un modèle de prévention du type développemental en direction des jeunes. En effet, ce modèle envisage le travail dans le long terme et c'est ce que souhaitent les élus au niveau de l'alimentation car ils estiment que c'est une opération de longue haleine.

- se construit à partir du diagnostic, du besoin ressenti et de la population, en partenariat avec l'élu et d'autres acteurs de terrain et ne vienne pas se "plaquer" dans une commune.

Le rôle de relais est assuré par la plupart des élus puisqu'ils parlent souvent d'orientation vers des structures qu'ils connaissent ou qu'ils recherchent. C'est pourquoi, si nous souhaitons une implication plus forte de l'élu comme relais vers des structures de santé, celui-ci doit avoir une bonne connaissance des acteurs capables de l'aider, donc des structures de santé. Actuellement, ce n'est pas le cas, l'élu connaît des associations mais peu de structures. Il ne serait pas vain de penser à une campagne d'information qui préciserait l'ensemble des structures existantes et leur domaine d'intervention.

Si des structures de proximité devaient se mettre en place, elles seraient les bienvenues car les manques existent *"On manquait quand même de structures à l'échelon du Douaisis qui regroupent tous ceux qui s'intéressent à la, à la santé des gens. Chacun travaille de son côté sans jamais consulter les autres. Alors il existe un tas d'associations qui, qui, qui font la petite guéguerre plutôt que de s'associer"*. Ici est développée l'idée d'un réseau multicatégoriel. Par contre, il serait préférable que ces structures de proximité :

- soient intercommunales et assurent une certaine discrétion quant aux actions qu'elles développent : une implantation en ville est mieux perçue. *"Leur permanence euh, ne, ne recueillait pas de, d'adeptes donc euh, ils n'ont pas trouvé la nécessité de perdre du temps ici pour ne recevoir personne... il y aurait nécessité de développer des structures d'informations ? Tout à fait, tout à fait et de façon discrète bien sûr"*
- ne sollicitent pas ou peu d'apport financier de la part des communes qui ont des ressources limitées et des priorités à tenir au niveau de l'hygiène (assainissement, ordures ménagères) *"L'idéal, l'idéal ce serait que les structures existent sans, sans que la commune ait à s'y investir pécuniairement"*

Enfin, si nous souhaitons que les administrés adoptent des comportements responsables en matière de santé et sachent effectuer des choix, il est souhaitable que les actions commencent au plus tôt *"je crois que la collectivité locale peut participer à une politique de prévention mais directement non sauf pour les enfants qui se restaurent le midi à la cantine scolaire."* *"Et c'est ça la santé finalement. Si on apprend à nos gamins à bien manger, à bien se comporter et à éviter l'alcool... Une prévention tôt, très tôt, très très tôt. Il n'y a que comme ça que ça peut marcher"*.

Les élus insistent sur des actions de prévention et d'éducation à la santé précoce. La première solution pour agir au niveau local sur les problèmes alimentaires semble donc se situer au niveau de la cantine. Diverses actions sont envisageables compte tenu du mode de fonctionnement particulier de ces cantines : cantine communale.

- Critique des menus avec l'aide d'une diététicienne et un retour en mairie.

- Création d'une commission de restauration chargée de gérer et de surveiller la cantine.
- Elaboration d'un menu par les élèves avec l'aide d'une diététicienne et le soutien de l'enseignant. Repas qui serait ensuite réalisé par les cuisiniers.

Voici la fin de mon travail qui j'espère aura permis de comprendre le comportement des administrés envers des actions de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 📖 Alain Blanchet et Anne Gotman, 1997, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan, 125 pages.
- 📖 Jacques A. Bury, 1992, *Education pour la santé : concepts, enjeux et planifications*, De Boeck, 235 pages.
- 📖 W Doise, A Palmonari, 1996, *L'étude des représentations sociales*, Delacaux et Niestlé, 207 pages.
- 📖 Uwe Flick, 1993, *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, l'Harmattan, 400 pages.
- 📖 Bernard Honoré, 1996, *La santé en projet*, Inter Ed, 221 pages.
- 📖 Jean-François Mattéi, 1996, *Les liens entre la santé et l'environnement*, Automédon, 272 pages.
- 📖 Raymond Quivy, Luc Van Campenhout, 1998, *Manuel de recherches en sciences sociales*, Dunod, 284 pages.
- 📖 Brigitte Sandrin-Berthon, 1997, *Apprendre la santé à l'école*, ESF, 124 pages.

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Répartition des caractéristiques favorables à des actions par élu, tableau réalisé par l'étudiante, Mai 2001	.....p 63
Tableau 2 :	Représentation de la santé des élus à partir des théories subjectives de Claudine Herzlich complétée par Crawford, tableau réalisé par l'étudiante, Mai 2001	.....p 65
Tableau 3 :	Représentation de caractéristiques favorables à des actions de santé tableau réalisé par l'étudiante	.....p 67

LA PROMOTION DES ACTIVITES SPORTIVES EN MILIEU DE DETENTION PEUT-ELLE AMELIORER LA SANTE ?

Par Saâdi LOUGRADA

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années je travaille et milite dans le secteur sanitaire et social. J'ai acquis tout au long de mon parcours une grande expérience de vie, vie partagée avec les personnes que j'ai eu en charge : "public en grande difficulté". A chaque fois les mêmes questions revenaient : "Comment peut-on améliorer les conditions de vie de ces personnes, et notamment leur santé ?" Ceci venant du constat que de nombreuses personnes souffrent de pathologies plus ou moins importantes et ne se soignent pas. Souvent ces personnes ne sont pas conscientes de leur maladie... Cela induit des comportements qui les conduisent malheureusement à l'exclusion (face au travail et à la société dite active) Ils développent des comportements de rejet vis à vis d'eux et des autres.

Désarmé face à ce problème croissant, j'ai donc décidé de réorienter ma carrière professionnelle en saisissant l'opportunité qui s'offrait à moi en m'inscrivant au Diplôme Universitaire de Méthode et Pratique en Santé Publique pour une meilleure prise en charge des problèmes de Santé Publique qu'ont les personnes en grande difficulté.

Je me suis engagé dans les Programmes Régionaux de Santé publique et notamment celui du P.R.S Cardio-Vasculaire. Cela me permet de travailler sur mes préoccupations de départ qui sont l'amélioration des conditions de vie et de santé du public en grande difficulté et notamment en centre de détention.

On comptait au 1/07/98⁵² en France 57 458 personnes détenues pour 24 786 agents de l'administration pénitentiaire, dont 19 727 personnels de surveillance. La durée moyenne de la détention en 1997 était de 8,1 mois contre 5 en 1980. Les détenus présentent un état sanitaire préoccupant, non seulement par la prévalence et la nature de certaines pathologies préexistantes ou propres aux conditions de détention, mais encore par niveau général d'hygiène et l'absence de véritables actions de prévention et d'éducation à la santé efficace.

La plupart des détenus sont jeunes et ils ont que rarement bénéficié de soins médicaux. 80% d'entre eux nécessitent des soins dentaires. La fréquence de la tuberculose ou de l'infection par le VIH est dix fois plus élevée que dans la

⁵² Chiffres au 1^{er} juillet 1998 communiqués par le ministère de la Justice.

population générale, tandis que les hépatites B et C sont de plus en plus fréquentes. Un détenu sur cinq est porteur d'une pathologie psychiatrique, qui peut évoluer au cours de la détention, voire se traduire par un suicide. Le taux de suicide continue d'augmenter de façon inquiétante ; en 1996, il était de 24 pour 10 000 détenus, alors qu'il était de 12,9 en 1991. Quant aux phénomènes de dépendances, ils sont en constante augmentation : 15% des détenus sont des consommateurs de stupéfiants, 30% présentent une forte dépendance à l'alcool et 80% consomment plus d'un paquet de cigarettes par jour.

Une réforme profonde de l'organisation sanitaire des établissements pénitentiaires a été opérée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994⁵³ relative à la santé publique et à la protection sociale. Son objectif est d'assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. Depuis la mise en œuvre de la réforme, les détenus ne sont plus soignés par le personnel médical recruté par l'administration pénitentiaire mais par des médecins et des infirmières relevant de l'hôpital public, auquel est jumelé l'établissement pénitentiaire. Il appartient à l'établissement de santé d'assurer les soins sur place, en créant, *intra muros*, une Unité de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A). Cette structure organise également les consultations spécialisées et les hospitalisations. Elle coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Par ailleurs, dès leur incarcération, tous les détenus sont affiliés à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale. La réforme a été suivie d'effet dès 1995, suite à une prise de conscience de l'enjeu considérable de santé publique que représente la prise en charge sanitaire des détenus.

Il est important de connaître la nouvelle organisation de la santé en milieu pénitentiaire car les spécialistes ne sont pas les seuls concernés. L'hôpital sort de ses murs, comme il le fait depuis longtemps dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. On pourrait imaginer pour l'hôpital d'autres prolongements dans des établissements sociaux et médico-sociaux, qui constitueraient des réponses aux problèmes de reconversion de certains services hospitaliers et aux besoins de médicalisation de ces établissements. C'est une évolution surtout pour la prison, qui, peu à peu, ouvre ses portes : intervention d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit du VIH (C.D.A.G), d'une antenne "toxicomanies", de services psychiatriques, d'un centre d'accueil et de soins spécialisés pour les toxicomanes, d'associations d'aide et de soutien⁵⁴.

Le dispositif instauré par la réforme rend aujourd'hui possible la qualité et la continuité des soins, et assure une prise en charge sanitaire globale des détenus.

Dans le cadre du P.R.S cardio-vasculaire, j'ai pu m'inscrire dans un travail de recherche en santé publique au centre de détention de Bapaume.

L'activité sportive en milieu carcéral nous renvoie dans la plupart des cas à des stéréotypes courants de type : Film américain où l'on nous montre des hommes

⁵³ JO du 19 janvier 1994.

⁵⁴ Isabelle CHAUVIN, *LA SANTE EN PRISON*, ESF éditeur, Paris janvier 2000

qui font de la musculation et des femmes à la poigne de fer "bâties" comme des garçons.

Pourtant, ce ne sont que des images d'Epinal made in USA. En effet, de nombreux prisonniers sont inactifs et présentent des problèmes de santé importants, alcoolisme, toxicomanie, conduites addictives de toute nature. Ce qui favorise les troubles cardio-vasculaires.

A ce propos, le constat qui est fait par l'équipe médicale du centre de détention de Bapaume est sans équivoque : la population carcérale présente des troubles cardio-vasculaires graves! C'est pour réduire les risques et améliorer la santé des détenus que l'équipe d'animation sportive du centre de détention s'est inscrite dans le cadre du P.R.S cardiovasculaire développé par la Région.

Cinq actions (cf. annexe 5) de prévention ont été élaborées par l'équipe éducative du centre dans le but de diminuer les troubles cardio-vasculaires des détenus. Ceci en développant des activités sportives afin de toucher un maximum de détenus et plus particulièrement les inactifs. Ces actions ont toutes un dénominateur commun qui est la promotion de l'activité sportive.

Je me suis inscrit dans ces actions afin de faire ma recherche et il m'a fallu prendre du recul et me mettre dans la peau du chercheur afin de confronter mes idées pour en avoir une clarification et me permettre d'évoluer avec mon sujet de recherche.

Aussi, je me suis appuyé sur des lectures qui m'ont conduit à ce raisonnement. En effet, comme le dit G.Bachelard⁵⁵ "**Quand on questionne son opinion on permet de se libérer des risques des préjugés et stéréotypes**"

Dans un premier temps, j'ai fait l'analyse de mon itinéraire pour mieux comprendre pourquoi faire ce type de recherche et ce que j'en attendais ?

M.Tozzi⁵⁶ dit "**Il faut analyser d'où l'on vient pour savoir ce que l'on veut devenir**"

Dans un second temps, j'ai fait une recherche bibliographique selon la méthode qui nous a été présentée en formation afin de mieux définir ma question et d'en avoir une connaissance précise avec appui scientifique et ce pour mieux cadrer mon travail.

⁵⁵G. BACHELARD Cité par Michel TOZZI dans son livre « Penser par soi-même » Ed Chronique Sociale, Lyon.

⁵⁶ Ibidem.,p11.

1. L'EDUCATION POUR LA SANTE EN MILIEU DE DETENTION

Aujourd'hui, ma question est arrêtée, elle a pu être affinée par mes lectures.

La promotion des activités sportives en milieu de détention peut-elle améliorer la santé des détenus ?

Je vais essayer d'apporter, des éléments de réponse à partir de mon hypothèse centrale déclinée en sous hypothèse.

Mon hypothèse de recherche est donc la suivante :

Le développement des activités sportives permet d'améliorer la santé des détenus souffrant ou non de troubles cardio-vasculaires. De plus, cela permet aux détenus d'avoir une meilleure représentation d'eux-mêmes.

La prison s'humanise et prend en compte le droit à une bonne santé de ses détenus, dans un souci de Santé publique et d'amélioration des conditions de vie des personnes incarcérées. Ainsi, dans le cadre des actions menées par les programmes régionaux de santé publique, et notamment celui du P.R.S cardiovasculaire, j'ai entrepris un travail de recherche sur les activités sportives mises en place par le Centre de Détention de Bapaume afin de prévenir et d'améliorer les soins des personnes souffrant de troubles cardio-vasculaires.

Les hypothèses suivantes ont été construites comme des réponses provisoires à l'hypothèse centrale.

- L'inactivité et la mobilité "réduite" qu'ont les personnes incarcérées favorisent les risques de maladies.
Il s'agit ici de montrer que les personnes incarcérées qui ne pratiquent pas une activité sportive, multiplient les risques de développement de maladie.
- L'activité sportive diminue les risques de maladies des personnes incarcérées et améliore leur santé.
Il s'agit ici de montrer que la pratique sportive améliore la santé des détenus et diminue les risques de développement des maladies cardio-vasculaires. Cette vérification nous permettra de constater que les détenus se sentent en confiance et se projettent dans l'avenir malgré un lourd handicap qui est lié à leur condamnation. De plus les détenus qui pratiquent régulièrement les activités sportives ressentent ces activités comme un besoin important à leur équilibre physique et mental...

- L'activité sportive apporte aux détenus une meilleure connaissance de leur corps ce qui améliore le regard qu'ils portent sur eux-mêmes.
Il s'agit ici de montrer les bienfaits qu'apporte l'activité sportive sur les détenus et ainsi vérifier dans leur discours quel est le regard qu'ils portent sur eux et ce qui a changé ? Les détenus pensent qu'ils sont des "moins que rien" et ont tendance au suicide. Ils développent des pathologies graves tel : Dépression, boulimie, anorexie, folie...

Nous allons maintenant vérifier par une étude théorique le bien fondé de ces hypothèses provisoires, tout d'abord à travers les concepts d'éducation à la santé.

1.2 Education pour la santé et Promotion de la santé

BURY⁵⁷ (1988) définit la promotion de la santé comme suit : toute combinaison de mesures de protection de la santé et d'actions d'éducation pour la santé.

Le développement de l'éducation pour la santé ces dernières années va de pair avec l'émergence du concept de promotion de la santé. Celui-ci a sans doute atteint son développement le plus complet lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en novembre 1986. Cette conférence a émis une CHARTE pour la promotion de la Santé.

La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

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

⁵⁷ Ibidem. p17.

La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

L'intervention en promotion de la santé comporte cinq axes :

1. Elaborer une politique publique saine.

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : La législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité.

2. Créer des milieux favorables.

L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants : schèmes de la vie, du travail et des loisirs, domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, protection des milieux naturels et artificiels et conservation des ressources naturelles.

3. Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le lien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

4. Acquérir des aptitudes individuelles.

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

5. Réorienter les services de santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au de-là du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que les changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçus globalement.

Le mouvement de promotion de la santé, tel qu'il se déploie actuellement à travers les pays industrialisés, s'inscrit dans une triple remise en cause des services de santé :

- Ethique, pour des raisons d'efficacité et d'effets secondaires possibles des soins ;
-
- Sociale, en raison du mécontentement des usagers dans une logique différente, où la santé n'est pas seulement la médecine ;
-
- Administrative, pour des raisons d'efficacité et de maîtrise des dépenses de santé ;

Cette conjonction d'éléments relativement nouveaux explique les fondements de la démarche de promotion de la santé actuellement suivie :

- Refus de la planification par directives, qui ne tient pas compte de la réalité du terrain, des particularismes locaux, des besoins des usagers ;
- Conception et déroulement des actions à un niveau généralement local, dans le cadre de ce que l'on peut appeler une communauté ;

- Prise en compte d'éléments non médicaux dans le diagnostic, puisque l'on s'intéresse à la santé et à ses multiples facteurs ;
- Participation active des usagers (symposium de Paris, 1985)

D. Piette⁵⁸ (1985) articule ainsi ces différents concepts : La promotion de la santé est le processus par lequel la population améliore sa santé, augmente son contrôle sur sa santé, individuellement et collectivement, et est aidée pour atteindre ces buts.

L'utilisation courante du concept de "promotion de la santé" est ambiguë parce que ce concept est parfois synonyme de prévention primaire ou de promotion du bien-être, ou de développement d'actions collectives ou encore de promotion de mesures positives. La promotion de la santé implique en effet le recours à des méthodes et approches diverses et complémentaires : éducation, communication, mesures législatives ou fiscales, changement dans l'organisation des soins, développement communautaire etc.

En fait la promotion de la santé peut être considérée comme toute combinaison de mesures de protection de la santé et d'éducation pour la santé :

- **Protection de la santé** : Mesures d'organisation sociale, économique, juridique, etc., qui favorisent l'amélioration ou le maintien de la santé.
- **Education pour la santé** : Processus d'apprentissage volontaire, individuel et/ou collectif, impliquant notamment communication, participation, auto-prise en charge.

Le concept de promotion de la santé demeure parfois difficile à saisir car on observe des glissements de la promotion à la prévention de la santé. Une distinction serait de considérer que la prévention est relative à un problème de santé effectif ou potentiel, la promotion s'attache à valoriser tous les moyens conduisant à une vie meilleure. Elle est en amont de la prévention primaire et vise la promotion du bien-être global de la personne. En fait, la promotion de la santé est le résultat d'une combinaison de mesures visant une protection de la santé, favorisant l'amélioration et le maintien de la santé. L'éducation pour la santé est un outil pour la réaliser.

⁵⁸ iette D., Schleiper .A.1985, *Développement des programmes de formation en éducation pour la santé : description et analyse des approches et actions dans la communauté française*, Charleroi, Centre Universitaire de Charleroi.

1.2 Education pour la santé et Prévention Bury. J⁵⁹ (1988)

La prévention est traditionnellement l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

Pour comprendre l'évolution du concept de la prévention, il faut repartir des définitions du concept de santé : les tendances exprimées dans deux rapports récents d'experts à leurs gouvernements sont sans doute les plus utiles :

Pour le groupe français (Grey et Pissarro 1982), l'objectif de toute politique de santé est la gestion optimale de cette capacité vitale conçue comme une dotation initiale de capacité d'adaptation. La prévention est alors l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective au sens donné ci-dessus, c'est-à-dire à :

- Assurer l'intégrité physique et mentale et développer les capacités vitales de chaque personne (créativité, désir, plaisir, rapport actif avec l'environnement) ;
- Réduire les menaces que font peser sur la personne ses environnements physique, psychologique et social, et maintenir les contradictions à un niveau tel qu'elle puisse les gérer sans diminuer ses capacités vitales, ce qui implique une dynamique sociale qui renforce les possibilités de chaque personne.

Il est impossible d'agir sur l'un et l'autre, soit par une action individuelle, soit par une action collective. Très souvent, c'est effectivement de façon collective, par des luttes sociales, par des mesures législatives ou réglementaires, par la mise en œuvre de nouvelles techniques, par des changements culturels, que seront acquises et conquises des modifications significatives de l'environnement ou du comportement. Il est évident que la volonté politique des gouvernements peut avoir un rôle considérable, au même titre que la motivation des personnes et des groupes dans la mise en œuvre de tels changements.

Pour le groupe "Prévention" du Conseil Communautaire Consultatif de Médecine Préventive de la Communauté Française de Belgique, (notamment M. Martin, D. Leclercq, G. Reginster, J.A. Bury, etc.) : "On parlera donc de prévention chaque fois que l'on cherchera à agir volontairement sur les mécanismes adaptatifs et préventifs naturels de l'individu, c'est-à-dire ses mécanismes d'homéostasie et de défense biologiques et psychologiques et/ou sur les facteurs extérieurs qui les influencent, dans le but de renforcer ou de défendre les processus vitaux de cet individu".

En harmonie avec cet élargissement de la portée de la médecine préventive, il est maintenant habituel de parler de prévention primaire, secondaire et tertiaire selon le moment de l'intervention préventive et selon le public-cible visé sur l'axe santé-maladie. (L'éducation pour la santé est si souvent associée à la

⁵⁹ *ibidem*. p17.

prévention que Tones B.K⁶⁰. (1986) décrit une éducation pour la santé primaire, secondaire et tertiaire, associée aux comportements de la personne saine ou malade.)

La prévention primaire comprend "tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux". Elle se situe donc en amont de l'apparition des maladies.

La prévention secondaire comprend "tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution". Elle se situe à l'extrême début de la maladie, et prend en compte le dépistage précoce, et le traitement des premières atteintes.

La prévention tertiaire comprend "tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc de réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend donc la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles et sociales. (Monnier J⁶¹. 1980)

On a proposé aussi le terme de "prévention primordiale" qui remonterait plus en amont encore dans la genèse des facteurs de risque et serait destinée à empêcher l'apparition de facteurs prédisposant.

Enfin, G. Reginster et D. Leclercq (1985) ont conçu une taxonomie synthétique particulièrement claire : "Les aspects de la prévention relevant de l'éducation, de la psychologie, voire de la sociologie, sont sans doute le complément le plus récent d'autres mesures de prévention plus traditionnelles : actes médicaux individuels, génie sanitaire (à portée collective), mesures légales et mesures socioéconomiques. Ces modalités de prévention seront l'un des deux axes de la taxonomie :

- actes techniques individuels (médicaux, paramédicaux),
- génie sanitaire,
- mesures légales,
- mesures socioéconomiques,
- éducation pour la santé, soutien et assistance,
- actions spontanées d'autoprévention.

Le deuxième axe de la taxonomie est la distinction classique : prévention primaire, secondaire et tertiaire, selon le moment de l'intervention préventive et selon le public-cible visé.

La combinaison de ces deux entrées en un tableau à dix-huit cellules permet de classer les types de prévention d'une façon éclairante. Une telle classification ne préjuge pas des systèmes de soins qui auraient à assurer la prise en charge de l'une ou l'autre mesure de prévention. Ne considérer que l'un de ces deux

⁶⁰ ones.B.K. Tilford. S. 1986, *Health education : effectiveness, efficiency and equity*, London, Chapman and Hall.

⁶¹ Monnier.J.,Deschamps 1980, Santé publique, santé de la communauté, Villeurbanne, SIMEP.

axes ne permet pas de prendre en compte, de façon efficace, la complexité du problème.

Il ne faut cependant pas voir dans cette dimension temporelle un cloisonnement entre ces activités. Il importe, au contraire, de renforcer l'interaction constante, le synchronisme et le continuum des mesures individuelles et communautaires. De plus, préventif et curatif se situent dans une même perspective longitudinale ; on ne peut ni les séparer, ni les opposer. Ainsi, sans le couple "dépistage-traitement", il n'y a pas de prévention secondaire".

La difficulté de la prévention en milieu carcéral, se situe à tous les niveaux. Toutefois, des actions collectives d'information et de prévention sur différents thèmes, sont menées depuis plusieurs années et, permettent de réunir dans une même salle les détenus, les médecins de l'antenne concernée, ainsi que les formateurs extérieurs.

Certains détenus participent activement à ces réunions d'information et demandent parfois à suivre plusieurs fois de suite, la session. Certains même, après avoir suivi une intervention, sollicitent un entretien et un échange plus personnel avec le médecin⁶².

Comme je l'ai déjà écrit les détenus ont désormais accès aux actions d'éducation pour la santé et de prévention. Ce sont là les effets de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

1.3 Education pour la santé et bien-être (Breda J. et Goyvaerts K⁶³.)

Le bien-être est la mesure dans laquelle non seulement les besoins "primaires" comme l'alimentation, l'habillement, la santé et le logement sont satisfaits, mais aussi la mesure dans laquelle l'individu participe à la vie sociale, prend part à la culture et aux valeurs en vigueur, et peut s'épanouir pour développer une personnalité autonome, faisant face aux contraintes sociales.

Introduction du concept de bien-être

Le développement de la notion de "bien-être" est lié à la "prospérité." Durant les années 60, la croissance de la prospérité, en ce qui concerne le revenu, les biens à la consommation, fut accompagnée d'une sensibilisation aux conditions de vie plus étendues des individus et des ménages. La notion de prospérité désignait essentiellement les aspects matériels de la vie alors que la notion de bien-être fut introduite afin de considérer également d'autres domaines de la vie, des aspects non matériels. Ces aspects furent d'écrits en termes d'intégration, émancipation et participation.

⁶² Contacte Santé, n°147, p 24, p 12, 2000

⁶³ Breda J. et Goyvaerts K. 1999, La mesure générale du bien-être : Esquisse d'une approche quantitative, Santé publique, vol 11, n°2, pp 103-126.

Même si le bien-être couvre des dimensions différentes, il indique un état global. Divers aspects de la vie quotidienne s'y trouvent réunis. Par conséquent, le concept de bien-être nous permet d'évaluer des situations divergentes et de les considérer comme un ensemble.

En outre, le concept porte sur l'ensemble de la population et pas seulement sur des groupes à risque (les groupes cibles des institutions publiques) ou sur des individus qui font appel aux institutions d'aide sociale.

C'est dans ce cadre qu'il faut situer la présente étude. L'objectif de notre projet est de tenter de développer un instrument permettant de mesurer le bien-être. Cette mesure peut être adaptée aux caractéristiques du concept mentionnées ci-dessus. Il faut alors construire un indice qui englobe diverses conditions de vie, qui s'applique à toute population et qui aboutisse à une mesure synthétique permettant de désigner le degré de bien-être. Ainsi, cet instrument se prêtera à mesurer le niveau de bien-être global et sa répartition sur l'ensemble de la population. En outre, l'indice permettra de désigner une valeur pour certains groupes de la population ainsi que pour des périodes consécutives en perspective du temps.

Les dimensions du bien-être

La littérature donne, suivant les approches choisies, des descriptions très divergentes de la notion de bien-être. Souvent, le concept est associé à certains phénomènes. Ainsi, il existe des approches qui relient le bien-être à l'état providence et à l'aide sociale organisée (Mishra, 1980). D'autres accentuent la satisfaction des besoins, avançant alors des définitions très variées du "besoin" (Lederer, 1980, Galtung, 1980, Nudler, 1980). D'autres encore soulignent essentiellement l'importance de l'intégration (7), du développement de la personnalité (Van Stegeren, 1982) ou de la participation.

Lauwers J⁶⁴ distingue **quatre dimensions** principales : Il définit l'essence de ces dimensions, concluant d'une part que chacune contribue à la notion de bien-être et d'autre part que, ensemble, elles en forment les éléments constitutifs.

- En premier lieu, **le bien-être suppose que chaque citoyen puisse participer** à la vie sociale. Il s'agit alors d'une participation qui dépasse les seuls niveaux formel, juridique et politique pour concerner également l'économie, la culture et la vie en communauté.
- En outre, le bien-être se rapporte, selon l'auteur, **à l'intégration de l'individu dans la société moderne**. Dans cette optique, le bien-être correspond à la capacité de s'adapter à la société ou à l'environnement social dans lequel on vit, et à celle d'être prêt à accepter les pratiques et convictions en vigueur.

⁶⁴ Lauwers.J. *De nood aan integratie*. In: Baert. H. Ed. *De welzijnszorg in de vlaamse gemeenschap*. Leuven 1990, p.33-34

- Un troisième élément constitutif du bien-être **est la satisfaction des besoins**. L'approche du bien-être se focalisant sur la satisfaction des besoins se retrouve dans le marxisme et le fonctionnalisme. On se fonde alors sur le principe que le bien-être correspond à la satisfaction individuelle des besoins anthropologiques. De ce point de vue, on peut dresser des listes de besoins différents et on peut tenter de les classer.
- Finalement, **le bien-être peut être conçu en termes d'émancipation**. Dans ce cas, il correspond au développement d'une personnalité autonome et faisant face aux contraintes sociales.

Nous partons du principe que les composantes du bien-être indiquées par Lauwers peuvent être réunies sous **le dénominateur de satisfaction des Besoins et des aspirations**, à condition qu'on ne considère pas ces besoins et aspirations comme des données anthropologiques universelles et fixées, mais qu'on les associe à un contexte socioculturel précis.

1.5 Conclusion

Tentons de résumer les liens entre ces éléments théoriques et notre recherche. On retrouve dans le monde carcéral une micro société qui est particulièrement touchée par les maladies et notamment des maladies liées au mal être. Les détenus nous disent qu'ils sont tous passés par des périodes de dépression plus ou moins longues.

Ainsi, dans les prisons françaises nous retrouvons les mêmes caractéristiques que chez les individus libres.

En effet, l'inactivité, la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'abus d'alcool, l'abus de tabac en un mot les conduites à risques conduisent au développement des maladies cardio-vasculaires graves.

E. Berthet, nous indique que la santé passe par l'harmonie, l'équilibre ce qui demande de satisfaire les besoins de l'Homme, c'est par ailleurs la plénitude de vie, le rendement équilibré, l'harmonie totale qui permettent à l'individu de garder une bonne santé. Les détenus sont dans un espace réduit qui favorise les maladies, ainsi le manque d'activité développe chez l'individu des comportements qui nuisent à sa santé.

Enfin la prise en compte de ce problème par le développement d'activités sportives, intellectuelles et autres ne peut qu'améliorer la santé des détenus et ce de façon significative.

L. MONGEAU, quant à elle distingue quatre modèles d'intervention d'éducation à la santé que l'on peut appliquer chez les personnes que j'ai interviewées mais cela demande un travail de recherche plus approprié...

J.BURY quant à lui nous apporte des éléments indispensables qui répondent aux interrogations des détenus en terme de santé, de bien-être et d'éducation à la santé. En effet, tous ont parlé de bien-être, d'équilibre, de regard positif de soi, de prise en charge de leur santé par le biais du sport notamment.

Tous ces éléments confortent la formulation de notre hypothèse de recherche qu'il faut rappeler ici :

Le développement de l'activité sportive permet de toucher une population large en particulier les inactifs et améliore la santé des détenus souffrant ou non de troubles cardio-vasculaires. De plus, cela permet aux détenus d'avoir une meilleure représentation d'eux-mêmes.

Il nous faut maintenant vérifier cette hypothèse par une enquête de terrain.

Pour commencer, il me semble nécessaire de présenter dans un premier temps le terrain, dans un second temps la méthode utilisée pour réaliser ce travail. Ensuite, il conviendra d'exposer les difficultés rencontrées pour la sollicitation des entretiens et le cadre des entretiens.

On continuera ce chapitre par la présentation des thèmes et on terminera par l'exposé du contenu des entretiens et l'analyse.

2. PRESENTATION DU TERRAIN

2.1 La présentation du Centre de Détention de BAPAUME

De plus en plus souvent, en particulier près des «établissements 13 000», des bretelles d'autoroute jouxtent ces lieux d'immobilisation : d'un côté des hauts murs, un monde arrêté, de l'autre, un élan décuplé. Entre les deux, comme une barrière invisible.

A Bapaume, l'automobiliste qui s'arrête au péage et pique-nique sur la table en bois dressée à cet effet, prête-t-il seulement attention au bâtiment assez anodin qui se dresse à cent mètres de là ? Soupçonne-t-il que de l'autre côté des murs vivent des hommes et des femmes dont certains, condamnés à perpétuité, n'ont pas traversé une route depuis des années, n'ont jamais vu d'autre aire de repos que l'espace soigneusement délimité des cellules et des cours de promenade ?

Ainsi, commence ma découverte de la prison de Bapaume, "un centre au bout du monde libre". En effet, c'est la première impression que j'ai eue en sortant de l'autoroute : sur ma gauche se dresse le centre de détention de Bapaume. Un centre que l'on m'avait présenté comme un établissement neuf. J'ai eu du mal à le croire en arrivant, mais le gris des façades n'est-il pas fait pour que ce ne soit pas accueillant ?

Cet établissement est né du "programme 13 000" mis en place par le Ministère de la Justice, afin de répondre au problème de vétusté des installations et la surpopulation carcérale. Ce programme accueille 25% de la population carcérale de France.

Ce programme couvre la France entière. Vingt et une prisons sont construites et gérées par des entreprises privées, découpée en quatre zones : Le Nord, la zone Sud, la zone Est, la zone Ouest. Sur la zone Nord, la responsabilité est attribuée à la société GEPSA (Gestion d'Établissements Pénitentiaires et Services Auxiliaires), créée en 1989. Cette société gère cinq centres dont le centre de détention de Bapaume, situé dans le Nord pas de Calais "***il est à signaler que la gestion Médicale doit en 2001 passer dans le domaine public et dépendre directement de l'Hôpital le plus proche, pour le centre de détention de Bapaume c'est l'Hôpital d'Arras qui reprend le service médical***". Ce centre comporte 600 places (150 Femmes et 450 Hommes).

La sécurité à l'intérieur des prisons ainsi que le travail socio-éducatif et l'école, relèvent du secteur public alors que les autres missions dépendent du secteur privé et sont : soit gérés directement (formation professionnelle, santé et travail des détenus), soit sous-traité (maintenance mobilière et immobilière, restauration) ; la santé est dans le secteur privé jusqu'en 2001.

Les centres de détention accueillent les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus. Il existe deux types de centre de détention : les

centres de détention nationaux, qui n'admettent, en théorie, que les détenus "primaires", les condamnés jugés ré insérables, les condamnés en fin de peine et les condamnés à des peines inférieures ou égale à 3 ans. En fait, **les détenus placés en centre de détention sont considérés comme étant moins dangereux que les autres**⁶⁵. Même si au centre de détention de Bapaume il y a des condamnés à de longues peines minimums 5 ans. 12 d'entre eux sont condamnés à perpétuité et plusieurs sont classés comme dangereux. Cela s'explique par la surpopulation carcérale et le plan de sûreté National qui éclate les détenus les plus dangereux dans différents centres de détention.

2.2 L'organisation et l'emploi du temps du détenu

Dans le centre de détention, les détenus sont regroupés en "unités de vie" dont les cellules sont ouvertes durant les horaires d'activité et offrent l'occasion de discuter, jouer, regarder la télévision...

7 h 15 : lever, appel, petit déjeuner

8 h 30 : activités, douches, promenades, infirmerie, parloir, travail, stage de formation, enseignement...

12 h 00 : Déjeuner

13 h 30 : activités, douches, promenades, infirmerie, parloir, travail, stage de formation, enseignement...

19 h 30 : Réintégration en cellule, appel, dîner

Ceci n'est qu'un exemple, car au centre de détention de Bapaume les cellules sont ouvertes de 7 h 15 à 19 h 30 et les détenus peuvent se rendre partout dans la prison et ce à n'importe quel moment de la journée, cela donne un sentiment de «liberté».

⁶⁵ B.Bolze, J.C.Bouvier, P.Marrest et E.Plouvier, *Le Guide du prisonnier*, observatoire international des prisons ; éd Ouvrières,1996

3. LE CHAMP ET LA METHODE

3.1 Le champ spatial et temporel

Les détenus soumis à un entretien au centre de détention sont des hommes et des femmes âgées de plus de 38 ans et ils sont tous condamnés à une longue peine. Les condamnés, comme expliqué plus haut, sont placés en Centre de Détention. La fonction du centre étant essentiellement de réinsérer les détenus ; toutes les activités collectives ou individuelles sont favorisées.

Les entretiens au nombre de 12, ont été réalisés entre le 18 avril et le 15 juin 2001. La disponibilité des détenus et des responsables sportifs⁶⁶ n'était pas toujours en harmonie. De plus, se sont ajoutées à ces difficultés des manifestations de gardiens du centre de détention. Enfin, la distance du centre de détention plus de 200 km A/R de chez moi n'a pas facilité mon travail. La fréquence des entretiens n'a donc pu être régulière.

3.2 La présentation de la méthode

Dans un premier temps, une lecture sur le thème de la santé en prison a été nécessaire et il m'a été facile de trouver des ouvrages qui étaient en rapport avec mon sujet de recherche. Les enseignants et des étudiants qui ont ou avaient une expérience dans la recherche en centre de détention n'ont pas hésité à m'orienter vers certains ouvrages qui ont été précieux dans mon travail.

Dans un second temps, la technique utilisée est l'entretien et l'analyse de contenu.

Le mode d'accès aux interviewés s'est fait par l'intermédiaire des éducateurs sportifs du centre de détention après autorisation de la direction et du ministère de tutelle.

3.3 Cadre des entretiens

J'ai choisi de questionner les détenus à l'aide de l'entretien semi-directif car je pense que cela me permettrait de mettre à jour leurs représentations.

Les questions qu'il comporte sont ouvertes c'est-à-dire qu'elles sont précises, libellées d'avance, qu'elles s'enchaînent plus ou moins selon un ordre prévu par mes soins et que le sujet interrogé y répond librement.

⁶⁶ Pour pouvoir interviewer les détenus, je devais faire appel aux éducateurs sportifs du centre de détention pour qu'ils organisent les rendez-vous pour que je puisse faire mes entretiens dans les meilleures conditions possibles.

3.4 Grilles d'entretiens des détenus

Questions	Explications
Prénom	Détermination du détenu pour en suite lui attribuer un code (Ex : E1 /E2)
Age	
Q.1 Quel est votre métier ? Parcours professionnel Durée de l'emploi Période de chômage etc.	Question d'accroche, on sort du contexte de la prison. Rythme de vie lié autour de travail horaire, type d'activités autres ... Personne sédentaire ou non ?
Q.2 Pratiquez vous une activité sportive à l'extérieur ?	Question d'accroche, on sort du contexte de la prison. Déterminer si le sujet est actif au départ ou inactif... Sportif ou pas ?
Q.3 Quelle activité sportive Pratiquez-vous au centre de détention ? 1. Pouvez-vous m'en parler ? 2. Depuis combien de temps ? 3. A quel rythme 1-2-3 fois ? 4. Qu'est ce qui vous a amené à faire du sport ? 5. Et qu'est ce que cela vous apporte ? 6. Pourriez vous vous en passer ?	<ul style="list-style-type: none"> L'idée ici est de connaître les motivations de la personne et comment elle perçoit l'activité pour elle même. Quelle est l'importance de la pratique pour la personne.
Q.4 Etes-vous en bonne santé ? 1. Aujourd'hui ? 2. Avant l'incarcération ? 3. Après votre incarcération ? 4. Avez vous déjà eu une grave maladie <ul style="list-style-type: none"> Si oui, laquelle ? Quand ? 	Connaître l'état du patient pendant, Avant, Après l'incarcération. Incidence du sport sur la représentation de soi. Détecter si risques cardio-vasculaires connus.
Q.5 Pensez-vous que la pratique du sport peut améliorer votre santé ? <ul style="list-style-type: none"> Si oui : en quoi, comment ? Avant la pratique, pensiez-vous pareil ? 	Opinion de la personne sur pratique du sport liée à la santé. Lien avec la représentation de soi, de son corps.
Q.6 Y a t'il quelque chose qui a changé depuis que vous faites du sport ?	Chercher si certains facteurs de risque ont diminué. Connaître la nature du changement. Incidence du sport sur la représentation de soi, de son corps.
Q.7 Fumez vous? <ul style="list-style-type: none"> Avant l'incarcération ? Pendant l'incarcération ? Si oui depuis combien de temps et combien de cigarettes ? 	Connaître la consommation de tabac + ou – quand entrant et pourquoi + et pourquoi – Connaître l'état d'angoisse de la personne. Savoir si la consommation de tabac a diminué depuis la pratique du sport ? L'incarcération multiplie le facteur risque lié au tabac oui ou non ?
Q.8 AVEZ-VOUS BON APPETIT ? <ul style="list-style-type: none"> Si oui depuis toujours ? depuis la pratique sportive ? Si non angoisses mal être autres... 	L'incarcération a t'elle augmenté le facteur risque lié à l'alimentation ? (prise de poids ou anorexie). Savoir si la personne retrouve son appétit et si elle fait attention à son alimentation grâce à la pratique sportive. Mesurer l'état d'angoisse.
Q.9 AVEZ VOUS UN BON SOMMEIL ? <ul style="list-style-type: none"> Si oui depuis toujours ? Depuis la pratique du sportive ? Autres ? 	Savoir si la personne a des troubles du sommeil depuis l'incarcération. Savoir si la personne retrouve un meilleur sommeil depuis la pratique du sport ? Mesurer l'état d'angoisse. Savoir si la pratique sportive permet la diminution de prise médicamenteuse.

3.5 Les lieux de déroulement des entretiens et les difficultés rencontrées

Les entretiens ont eu lieu dans des lieux insolites par manque de place et par manque de volonté de la direction de mettre à ma disposition une salle pour garantir l'anonymat des interviewés. Cela est dû à mon refus catégorique de faire mes entretiens en présence d'un gardien ; De ce fait, je ne pouvais garantir l'anonymat des détenus. Il m'a fallu user de diplomatie et de l'appui des éducateurs sportifs du centre de détention pour enfin commencer mes entretiens. C'est grâce au dévouement des éducateurs sportifs que j'ai pu commencer à m'entretenir avec les détenus dans des locaux comme la salle de repos des techniciens de la GSPA, les vestiaires de la salle de sports etc.

Il m'a semblé que je n'aurai pu faire mes entretiens dans les meilleures conditions si je ne pouvais garantir, d'une part l'anonymat, d'autre part la discrétion.

J'ai toujours commencé mes entretiens par une mise en condition de l'interviewé par une longue conversation qui n'avait aucun objet avec ma recherche. Ceci m'a permis d'aller plus loin dans mon questionnement et cela permettait aux détenus de se détendre et de parler sans contrainte. D'ailleurs tous m'ont remercié à la fin des entretiens et m'ont confié qu'ils avaient vécu ce moment comme un moment de détente et de liberté. Nous nous sommes toujours séparés avec des remerciements chaleureux.

4. L'ECHANTILLON

Les détenus que j'ai rencontrés au centre de détention sont des hommes et des femmes âgés de plus de 38 ans et tous condamnés à une longue peine. Il me semble important de faire une présentation de l'échantillon par tableau.

4.1 Le sexe et l'âge

Les personnes interrogées sont six hommes et six femmes âgés de 38 ans à plus de 60 ans.

Age	38-40	40-50	50-60	60 et plus	total
Entretien					
E1 ☺					1
E2 ☺					1
E3 ☺					1
E4 ☺					1
E5 ☺					1
E6 ☺					1
E7 ☺					1
E8 ☺					1
E9 ☺					1
E10 ☺					1
E11 ☺					1
E12 ☺					1
Total	2	6	2	2	12

Tableau 1 :
La répartition des détenus interrogés au centre de détention de Bapaume selon leur âge

Source : Informations recueillies lors de l'entretien
Tableau réalisé par l'étudiant

Sur les douze personnes qui ont participé aux entretiens, 6 personnes se situent dans la tranche d'âge 40-50 ans (E1, E4, E8, E7, E10 et E11), 3 personnes dans la tranche 60 ans et plus (E2 et E5), 2 personnes (E9 et E12) se situent dans la tranche d'âge des 38-40 ans, et 2 personnes sont dans la tranche 50-60 ans (E3, E6).

Rappel de la question centrale

La promotion des activités sportives en milieu de détention peut-elle améliorer la santé des détenus ?

Mon hypothèse de recherche est donc la suivante :

Le développement des activités sportives permet d'améliorer la santé des détenus souffrant ou non de troubles cardio-vasculaires. De plus, cela permet aux détenus d'avoir une meilleure représentation d'eux-mêmes.

Les hypothèses suivantes ont été construites comme des réponses provisoires à l'hypothèse centrale.

- **Sous-hypothèse 1**

L'inactivité et la mobilité "réduite" qu'ont les personnes incarcérées favorisent les risques de maladies.

- **Sous-hypothèse 2**

L'activité sportive diminue les risques de maladies des personnes incarcérées et améliore leur santé.

- **Sous-hypothèse 3**

L'activité sportive apporte aux détenus une meilleure connaissance de leur corps ce qui améliore le regard qu'ils portent sur eux-mêmes.

5. ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS

5.1 Les détenus et la santé

A. Les détenus et la santé face à la maladie

Les contenus des entretiens avec tous les détenus marquent une large palette de réponses. Chacun d'entre eux a son idée sur la question.

En effet, chacun de nous sait ce qu'est être malade : nous avons tous été alités par la grippe. Nous connaissons tous des personnes atteintes de maladies graves : un diabète, une maladie cardiaque, un cancer par exemple.

Basées sur un modèle allemand, largement étudié par UWE FLICK en 1992, les théories subjectives permettent de "*savoir comment les gens perçoivent les choses pour comprendre les choses*"⁶⁷

Ainsi, pour E1 la maladie se caractérise par l'état de son corps. Elle écoute son organisme, pour elle la maladie est liée à l'enfermement : **"Quand on m'a incarcérée, j'ai tellement déprimée, que suis restée couchée plus de deux mois. J'ai commencé à avoir mal partout, des courbatures. Je me sentais pas bien, je ne digérais pas, je ne mangeais pas. Je vomissais et je demandais de plus en plus de cachets pour mes angoisses"** Elle nous fait remarquer que faire du sport lui permet de faire taire son mal **"je ne digérais pas donc, mais dès que j'ai commencé à faire du sport un peu seulement ça y est j'étais bien dans mon corps, je ne suis plus malade..."**

Les résultats de l'étude menée par HERZLICH. C., en 1969⁶⁸ nous montre ce que E1 peut ressentir "une représentation exogène⁶⁹ de la maladie, perçue comme une agression extérieure ; une représentation endogène⁷⁰ de la santé, perçue comme nécessaire pour affronter la maladie."

Il est donc très important ici de tenir compte de la "perception quotidienne⁷¹" de la maladie par le sujet pour comprendre la maladie. L'aspect émotionnel et les expériences du sujet face à la maladie sont ainsi pris en compte. Ceci est valable pour tous les détenus que j'ai interviewés.

Aussi, cela nous permet de distinguer les représentations qu'ont les détenus face à la maladie. Ainsi, nous avons pu dégager 6 sous-thèmes exprimés par

⁶⁷ Uwe FLICK, *la perception quotidienne de la santé et de la maladie*, les théories subjectives de la maladie. P 18

⁶⁸ HERZLICH. C., *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*. Ed Mouton, Paris.

⁶⁹ Exogène : provient de l'extérieur et se produit à l'extérieur de l'organisme et donc dû à des causes externes.

⁷⁰ Endogène : Qui prend naissance à l'intérieur d'un corps, d'un organisme ; qui est dû à une cause interne.

⁷¹ Ibidem, p. 20

les détenus ; **"Enfermement ; Handicap ; Mort ; Regard ; Hygiène de vie ; Problème physique"**.

■ L'Enfermement

E1 (cf. page précédente.)

Pour E3 **"Dès l'instant qu'on peut faire du sport et qu'on n'y pense pas à la prison et qu'on ne peut pas sortir, voilà. Parce qu'il faut pas oublier que si on pense toujours qu'on est en prison c'est comme ça que les gens arrivent à être malade..."**

E9 **"Vous savez c'est dans la tête, tout se mélange et rien à faire, t'es dans le stress et tu te rends malade encore plus..."**

E11 **"C'est l'enfermement à l'incarcération, donc. Le côté sédentaire, heu, le fait de ne rien faire et de se déplacer sur cent mètres dans la journée qui n'améliore pas ta santé..."**

■ L'Handicap

E7 **"J'ai un enfant handicapé, enfin un enfant. Il a 26 ans maintenant, mais il est handicapé quoi. Je sais ce que c'est la maladie..."**

E10 **"Je me dis que je m'assume pas et que t'es comme un légume, comme une handicapée qui a besoin toujours de quelqu'un..."**

■ La Mort

E6 **"Dans la famille de mon mari trois de ses cousins sont morts à moins de 40 ans, et il se fait des soucis pour passer la quarantaine, c'est drôle la vie..."**

E12 **"Le cancer, dans ma famille, j'ai deux cousines et ma sœur qui sont mortes du cancer du sein. C'est grave. Alors j'ai peur que je l'attrape, ici y'a rien pour ça, ils s'en foutent..."**

■ Le Regard

E5 **"Ben ça c'est empiré, puis, bon faut accumuler pas mal de choses quoi. Faut (silence) puis je sais pas moi (silence), déjà ya par rapport, heu, à l'entourage quoi, faut aller dans les deux sens. Faut pas mal de choses et c'est par rapport à ça que je suis obligée de prendre des somnifères le soir, et des anti-dépresseurs"**

■ L'Hygiène de vie

E4 **"Mais c'est certain et peut-être ça se traduit dans une certaine manière d'être dans la vie, d'affronter un certain nombre de situations..."**

■ Les Problèmes physiques

- E2 a un discours très négatif face à la maladie car il souffre depuis de nombreuses années d'arthrose, **"J'fais de l'arthrose, enfin j'ai tout quoi, j'sais bien que je s'rais mal toute la vie, ma foi faut pas rêver..."** E2 est très mal à l'aise pendant notre entretien ce qui ne me permet pas d'aller jusqu'au bout de mon questionnement.
- E8 **"Il faut que j'voie le doc parce que j'ai une scoliose..."**

Avec les théories subjectives, on peut définir la situation. C'est-à-dire, comment les gens perçoivent l'information concernant leur état de santé et celui de leurs proches, le sens qu'ils donnent à la maladie dans leur histoire de vie et quel contrôle ils pensent avoir de la maladie.

Ces théories permettent également de comprendre la perception de l'évolution que le sujet se fait de la maladie, les formes de traitements acceptables et comment le sujet perçoit l'efficacité du traitement et son utilité.

B. Les détenus et la santé face à leur état d'équilibre

L'état d'équilibre des détenus ressort dans tous les entretiens comme étant un élément important à leur vie de détenus. Ainsi, chacun d'eux exprime ce qui lui permet de garder une bonne santé : "E1 **Je suis dans mes 42 ans là, quelque chose que je fais de bon pour aller mieux, pour mon équilibre..."** et cela passe par un équilibre qu'il leur faut trouver ceci s'exprime de différentes façons "E2 **J'Sors, je marche, heu j'fais qu'ça, bon j'apprends à vivre avec ce que j'ai fait ; Ma foi c'est très difficile..."** "E3 **Par ce que je sais que j'ai pas perpette premièrement, je sais que je vais sortir un jour donc ça fait beaucoup, je comprends les gens qui ont perpette, qui savent pas tenir.** Ce qui nous renvoie à notre hypothèse de départ sur l'importance de la pratique du sport sur la santé des détenus. En effet, tous les détenus m'ont parlé du sport comme étant un facteur important qui a contribué à l'amélioration, d'une part, de leur équilibre et d'autre part, de leur bonne santé. Les entretiens qui suivent ne font que confirmer ce qui vient d'être dit : "E4 **Si pour une raison x, y, z, je reste trop longtemps sans faire ces petits entraînements de karaté dans ma cellule, ça me manque. J'ai plus de mal mais en attendant je veux dire j'accumule, je sens, j'veux dire sur les trucs de détention, les trucs nerveux..."**

"E5 **du sport j'en fais jusqu'à j'en peux plus quoi (rire), pour que, même là quand je fais de la muscu, j'dis il faut que, faut que j'assume.**" Pour E6 cela lui permet de ne plus penser à sa situation de détenu "E6 **Je pense qu'à ça! Enfin je veux dire j'essaie au maximum de ne pas être ici, de rester ce qui m'aide beaucoup, c'est primordial pour moi, c'est me dépenser en salle de sport..."** Quant à E7 l'activité sportive lui permet de ne pas avoir recours aux médicaments, il retrouve ainsi un bon équilibre : "E7 **J'ai besoin de faire du sport pour ne pas prendre tout le temps des médicaments..."**

"E11 **J'ai toujours décompressé en salle de sport..."**

"E12 Une bonne hygiène de vie, même si ici tu baisses souvent les bras, y faut bouger, s'occuper tout ça pour ta santé pour ton équilibre..."

Les détenus confirment que la pratique du sport est un facteur qui leur permet de garder une bonne santé et leur permet de trouver le bon équilibre malgré leur incarcération. De plus, cela leur permet de garder un bon moral, de décompresser, de se dépenser, et de ne pas avoir recours aux médicaments. Enfin, ils ressentent l'activité sportive comme un besoin qui les aide à vivre leur situation de détenu.

C. Les détenus et la santé face à leur état physique

Tous les détenus parlent de leur état physique qui est en rapport avec leur poids. En effet, c'est dans les premiers mois de leur incarcération que les détenus prennent le plus de poids, cela va de 10 à 20 kg selon les individus. Ceci est expliqué par eux par l'état d'angoisse et de stress intense qu'ils subissent tout le temps de la procédure pénale qui va de leur arrestation à leur condamnation. Ils ne parviennent à stabiliser leur poids que quand ils connaissent exactement la peine qu'ils ont à purger. "E1 : ***J'ai pris du poids plutôt, j'étais là tout le temps, j'étais mal dans mon corps, j'ai des courbatures, je suis constipée, mon sang même ne marche pas bien parce que j'ai les pieds engourdis...***"

Ainsi, pour aider à stabiliser voire à diminuer de manière significative leur poids, les détenus pratiquent tous une activité sportive. E2 a toujours fait du sport pour sa santé pourtant pendant l'instruction de son procès qui a duré deux ans, il a pris 5 kg : «***Au moment où j'ai été jugé, quelques mois après j'ai grossi de 5 kg, donc après le jugement on commence un peu à voir clair et j'ai refait du sport ça m'aide à garder ma santé et ça depuis que j'ai été malade et physiquement c'est la forme (rire)...***» et pour E3 "***Disons que lorsqu'on a fait du vélo, on sent quand même qu'on a déchargé un peu de soi-même, donc là on a des calories qui sont brûlés c'est sûr, c'est sûr, on le sent, et puis le lendemain on ressent dans les muscles, son corps qui change en bien...***"

Pour E4 "***Le truc aussi si vous voulez bon ben c'qui donne j'pense un peu à tout le monde c'est à partir du moment où on a l'occasion, j'veux dire de se faire un peu les muscles, bon ça donne quand même une manière de pouvoir compter sur son propre corps, qu'on a pas quand on est complètement faible si vous voulez, et on perd son bidon...***"

Le sport est ressenti par certains détenus comme l'élément qui leur permet concrètement de retrouver la forme et de perdre du poids. Aussi pour E6 «***Cela pourrait me permettre aussi de me tenir en forme, je suis pas une gamine, j'ai pris 10 kg voilà quoi...***», ainsi que pour E7 "***Et bien je me sens mieux physiquement, avant j'étais tout amorphe, fallait me pousser et là j'suis plus énergique quant même...***"

De plus, de nombreux détenus se posent des questions sur la pratique sportive. Ils ont soit un problème de santé antérieur à leur incarcération, soit des

séquelles qui font suite à des tentatives de suicides échouées mais qui les ont lourdement handicapées. "E8 **Il faut que j'vois l'docteur par ce que j'ai une scoliose et, je pourrais avec lui voir ce qu'on peut faire au niveau du sport sans avoir de complication...**", "E9 **J'suis en retard sur ma condition physique, j'vais arriver dehors dans quel état ? Comment ça se passe est-ce que je vais tenir physiquement ? Heu j'ai perdu beaucoup même si je ne me coupe⁷² plus...**",

D'autres trouvent de la motivation dans le regard qu'ils portent sur eux. Ils se rendent compte du changement sur leur physique parce qu'ils se sentent mieux dans leurs vêtements et dans leur corps. C'est le cas de : «E10 **Ben y'a le regard de, quand je me regarde, j'aime pas trop me regarder mais enfin, si je vois le changement, j'vois quand je mets mes vêtements, j'me dis ça me va...**" et de E11 **"Je me lève le matin en forme et je n'ai plus mal physiquement car avant c'était pire, j'étais comme un toxé⁷³"** et de E12 **"C'est important de s'occuper de son corps, parce que la prison c'est pas la fin..."**

Oui, *"la prison ce n'est pas la fin,"* certains détenus disent que c'est une expérience, certes douloureuse, qui détruit l'individu et qu'ils auraient aimé ne pas faire, mais **"ce qui est fait est fait"**. Et il faut **"dépasser ça et se reconstruire"** et cela passe par un bon état de santé. De plus, les détenus qui pratiquent régulièrement les activités sportives ressentent ces activités comme un besoin important à leur équilibre physique et mental...

D. Les détenus et la santé face à leur état psychologique

L'état de santé psychologique est souvent abordé par les détenus comme étant un signe qui les éloigne de la "folie". Selon leurs témoignages, ils passent d'un état dépressif à un état d'espoir et ceci selon les jours et les événements qui se passent durant leur incarcération. Deux sous-thèmes se dégagent ici nettement. Premièrement, le sport les aide à tenir le coup, selon eux "il y a des hauts et des bas" Deuxièmement, le sport est utilisé comme une thérapie :

■ Le sport les aide à tenir le coup

Pour E1 **"La vie ne s'arrête pas là, moi je me dis personnellement (silence) comme je vous l'ai dit je suis "croyante⁷⁴", je me dis c'est le destin, c'était écrit donc heu il fallait vivre cette vie là et puis un jour je vais me retrouver dehors, je le pense comme ça et moi le sport pour ça c'est important..."** Pour E2 le sport ne peut pas lui faire de mal **"Oui, oui, on peut penser comme ça, ça fait un bon moment, si ça peut faire du bien c'est impeccable..."** Quant à E3 il vit avec la peur d'une agression qui peut arriver selon lui à tout moment ! **"Faut pas oublier qu'en prison vous pouvez vous**

⁷² Terme utilisé par les détenus pour les tentatives de suicide ou suicide.

⁷³ TOXE : diminutif de Toxicomane.

⁷⁴ Terme modifier pour des raisons d'anonymat.

faire agresser, c'est exactement pareil, ya rien qui change, y'a rien qui change, y peut y avoir des agressions, y'a toujours ce stress, alors t'oublies un peu quand tu fais du sport...» E4 est une détenue qui prend la vie avec calme et philosophie, comme le sport qu'elle pratique "le karaté" : **"Justement faut en avoir cette capacité que, c'est cette capacité à contrôler les choses qui fait que je peux vivre un certain nombre de choses, à ce niveau là c'est un avantage de faire de la gym ou des katas, c'est quasiment de l'ordre du privilège..."**

Pour E7 cela lui permet de s'extérioriser et de sortir de l'ambiance de la prison provisoirement le temps d'une activité sportive en salle de sport : **"On est bien, on se sent bien moralement, j'sais pas c'est un autre monde, c'est un autre monde, on peut bouger c'est le contraire de la prison..."**

■ Le sport est utilisé comme une thérapie

E5 utilise le sport comme une thérapie qui lui permet de s'extérioriser et d'aller mieux par la même occasion : **"Ben, comme j'avais du mal à parler avec le psychologue, le psychiatre, je sentais que j'avais besoin de m'extérioriser faire une thérapie, et donc mon seul remède ici je vois que le sport quoi..."**

E6 utilise l'écriture comme une thérapie, qui l'aide à décharger la pression qu'elle a en prison et le sport pour améliorer ses capacités de concentration : **"j'écris, c'est un peu désuet de dire un journal, c'est un journal que j'écris quand j'ai envie, je me défoule enfin de compte, je crois que c'est la meilleure manière de me défouler c'est ça, c'est de verser sur du papier et l'activité en salle de sport c'est la concentration, c'est bien ouais..."** E8

prend de la distance sur le délit qu'il a commis : **"Je prends plus de distance par rapport à ce que je fais, même si, heu je sais que je suis là pour un bout de temps, alors me dépenser physiquement ça m'aide psychologiquement..."** E9 Quant à lui prend les événements un à un et pense que faire du sport aujourd'hui cela fait partie des activités incontournables pour ne pas perdre la tête "la folie" : **"Il faut que je fasse du sport pour me laver la tête, sinon je risque de débloquer un max, à chaque jour son destin..."**

Pour E11 la participation à une activité sportive lui permet de mieux gérer ses angoisses et par la même occasion de ne pas chercher à se suicider : **"J'ai toujours mes angoisses et je me coupe⁷⁵ plus depuis 6 mois, j'vais quand même mieux depuis que je fais une activité avec Marion l'éducatrice du sport..."** E12 se sent mieux, mais il ne sait pas si cela va durer : **"Bien je suis bien dans mes pompes, enfin pour l'instant..."**

Le sport joue un rôle déterminant sur l'état de santé des détenus. En effet il aide les détenus à garder un bon état psychologique. **"L'équilibre psychologique profite du sport. Une pratique régulière aide les sportifs à faire face au stress et entraîne une diminution de l'anxiété⁷⁶"**

⁷⁵ Terme utilisé par les détenus pour les tentatives de suicide ou suicide.

⁷⁶ Promosanté/Christian/ Le sport, facteur de santé, 18.01.2000

E. Les détenus face à leur état de santé

La santé est une préoccupation permanente chez les détenus interviewés. En effet, ils sont inquiets et se plaignent de ne pas avoir suffisamment de contact avec l'équipe médicale. Pour E1 la santé passe par la pratique régulière d'un sport : **"ouais, puisque de toute façon on a le sport pour entretenir sa forme, donc pourquoi ne pas en profiter, puisque ça va de la santé de soi et puis de la bonne forme aussi (rire)..."** Pour E2, la santé c'est très important pour éviter les maladies graves. Il prend des précautions pour ne pas perdre sa bonne santé, et pratique régulièrement les activités sportives sans forcer : **"J'avais été en visite parce qu'en étant à la SNCF on avait passé la visite là-bas, pour voir si j'avais un problème cardio, bien sur ils m'ont trouvé quelque chose fallait que j'entre à la Salpêtrière pour faire des examens, ils ont trouvé une angine de poitrine depuis j'suis bien alors je fais attention à ma santé c'est très important pour moi, je me suis toujours pris en charge et le sport ma beaucoup aidé..."** pour E3 le suivi médical est indispensable pour ne pas se blesser. De plus, cela permettra d'avoir plus d'informations sur son état de santé et diminuer les risques d'accidents.

E3 **"C'est bien mais y faudrait qu'y est du suivi médical hein, qui puisse être là puis quand t'as des questions à poser heu, éventuellement, parce qu'on sait pas si tous les appareils qui se trouvent ici sont forcément bon pour notre santé, faut pas oublier qu'on a plus 20 ans, et qu'on peut très bien dans sa vie aussi s'esquinter soit un muscle, soit une articulation ou allez savoir quoi, c'est bon ou c'est pas bon, c'est pour ça que je réclame un suivi médical..."**. E9 reconnaît qu'il a des problèmes, mais il n'y a aucune prise en charge pour les personnes qui ont commis des actes aussi graves que le viol ou l'inceste. Il ne fait du sport que sous surveillance avec les autres détenus qui ont le même problème que lui. Ainsi, les éducateurs ont mis en place des activités sportives réservées aux *"pointeurs, tutus"*⁷⁷ : **"Je le cache pas j'suis, vous devez le savoir, ouai j'suis tombé pour mœurs quoi, j'sais j'suis malade enfin j'crois..."** Pour E10 la vie en détention s'est détériorée depuis qu'elle a appris que son compagnon est sorti de prison en liberté surveillée. Elle a du mal à l'avouer mais avant qu'elle ne l'apprenne, elle participait régulièrement aux activités sportives. Depuis elle a fait deux tentatives de suicide qui ont échoué. Depuis elle est particulièrement surveillée : **"Je tiens à vous dire que j'étais à l'hôpital y'a pas très longtemps parce que j'ai avalé des médocs"**⁷⁸, **j'croquais ça comme des bonbons et après j'ai paniqué et donc je me suis retrouvée à l'hôpital, c'était après un parler avec mon mari..."** Pour E12 le sport c'est une bonne hygiène de vie même si en prison c'est difficile : **"Il faut s'organiser pour avoir une bonne hygiène de vie, faut que tu travailles, ou que tu prends des cours ou tu fais sport, y'a plein de choses que tu peux faire en prison. Mais c'est la prison c'est pas comme quand t'es libre on a du mal à oublier où on est !"**

⁷⁷ Pointeur ou Tutus : désigne les affaires de meurs "violeurs, incestes" chez les détenus.

⁷⁸ Médoc : expression utilisée par certain détenu pour parler des médicaments qu'ils utilisent pour leur tentative de suicide.

A ce stade de l'analyse et des thèmes que je viens de traiter, il me semble intéressant d'introduire la définition de Berthet E. sur la santé. En effet, elle correspond assez fidèlement aux discours des détenus que ce soit sur leur état de santé face à la maladie, leur état d'équilibre, leur état physique, leur état psychologique ou enfin leur état de santé en général.

Ainsi, Berthet E.⁷⁹, en 1983, réalise une bonne synthèse des connaissances en matière de santé et nous livre la définition suivante : une définition positive de la santé doit dans l'état actuel de nos connaissances comporter trois notions essentielles :

1. **La santé** est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques, et sociales. Ce qui exige d'une part, la satisfaction des besoins de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les être humains, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.
2. **La santé** sur le plan individuel est la plénitude de vie, le rendement équilibré, l'harmonie totale de la personne humaine, l'objectif à atteindre étant d'enrichir chacun de ses dons. Enrichir chacun de ses dons c'est, compte tenu de l'héritage génétique acquis, permettre à chacun de trouver dans son existence le moyen de développer au maximum toutes ses possibilités. A la notion de santé individuelle totale doivent s'ajouter les notions de santé familiale et de santé communautaire.
3. **La santé** suppose l'existence d'une force potentielle de réserve permettant à l'organisme de résister aux assauts qui, tant au point de vue physique que psychique, émaillent le cours de l'existence. Cette force potentielle de réserve est en partie due à notre héritage génétique, en partie acquise par l'application des règles les plus élémentaires de la vie saine...

Avant de passer aux autres thèmes qui vont suivre - le bien-être et l'image de soi qu'ont les détenus, et, le sport facteur de bonne santé- nous pouvons d'ores et déjà valider notre deuxième sous-hypothèse selon laquelle l'activité sportive diminue les risques de maladies des personnes incarcérées et améliore leur santé.

Les entretiens nous montrent que la pratique sportive améliore la santé des détenus et diminue les risques de développement des maladies. Nous pouvons le vérifier dans leur discours. De plus, on constate que les détenus se sentent en confiance et se projettent dans l'avenir malgré un lourd handicap qui est lié à leurs condamnations. Aussi, les détenus qui pratiquent régulièrement des activités sportives ressentent ces activités comme un besoin important à leur équilibre physique et mental...

⁷⁹ E.Berthet (1983), *Information et éducation sanitaire*, in collection "Que sais-je ?" n°2069, Paris, PUF.

5.2 Les détenus et le bien-être

A. Les détenus le bien-être et l'estime de soi

Il me paraît important à ce stade de la recherche de définir plus finement ce qu'est le concept de soi, pour mieux comprendre ce que les détenus m'ont confié lors de mes entretiens. En effet, de nombreux chercheurs se sont penchés sur la question et dès 1961, Patterson⁸⁰ fait remarquer que le domaine du concept de soi (ou représentation de soi) avait pris tellement d'importance, à partir du courant mis de l'avant par Carl Rogers, que la psychologie était en quelque sorte devenue la psychologie du soi, du moins, en Amérique. De ce fait, une quantité très considérable de travaux incluaient désormais des évaluations du concept de soi et des écrits toujours plus nombreux gravitaient, et continuent de le faire, autour de cette question.

Selon l'école de pensée d'où la définition provient, le concept de soi (*self-concept*) consiste tantôt en une "configuration organisée de perceptions de soi admissibles à la conscience (le soi phénoménal de Rogers⁸¹, 1951) ; tantôt le soi, perçu en tant que fruit de l'interaction sociale, apparaît comme un produit de la société et devient alors une introjection de la façon dont les autres me perçoivent (le soi social de G. Mead⁸², 1934) ; tantôt encore le soi constitue une entité subjective plus ou moins fortement influencée par l'inconscient (Arieti⁸³, 1967, Jacobson⁸⁴, 1964) ; etc.

Ces nombreuses divergences d'opinion ont par ailleurs entraîné l'utilisation de toute une terminologie reliée au domaine de concept de soi :

Le soi phénoménal et le concept de soi de Rogers (1951) ne recouvrent pas les mêmes réalités que le soi et le concept de soi de Combs et Snygg⁸⁵ (1959) ; Même chose pour le soi social de Mead (1934) comparativement à celui de Sullivan⁸⁶ (1953) ou de Sarbin⁸⁷ (1952).

Du côté américain tout au moins, il y a lieu de considérer, sans grand risque de se tromper, que l'intérêt pour le domaine du concept de soi trouve sa source dans le célèbre ouvrage de William James⁸⁸ (1890) intitulé *Principles of Psychology*, plus particulièrement "The Consciousness of Self". James y définit

⁸⁰ C. H. Patterson, 1961, *The self in recent rogerian theory*, Psychologia japonis, 4 (3), 156-162.

⁸¹ C. R. Rogers, 1951, *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*, Boston, Houghton Mifflin.

⁸² Mead, G.H, 1934, *L'esprit, le soi et la société*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.

⁸³ Arieti, S, 1967, *The intrapsychic self*, New York, Basic Books.

⁸⁴ Jacobson, E, 1964, *The self and the object world*, New York, International Universities. Press.

⁸⁵ Combs, A.W., Snygg, D. 1959, *Individual behavior: a perceptual approach to behavior*, 2e éd. Rev. New York, Harper.

⁸⁶ Sullivan, H. S. 1953, *The interpersonal theory of psychiatry*, New York, Norton.

⁸⁷ Sarbin, T. R. 1952, *A preface to a psychological analysis of the self*, Psychological review, 59, 11-22.

⁸⁸ James, W. 1890, *Principles of psychology*, London, Encyclopaedia Britannica, vol. 53, 1952.

le soi comme "la somme totale de tout ce qu'il (l'individu) peut appeler sien, non seulement son corps et ses capacités physiques, mais ses vêtements et sa maison, son conjoint et ses enfants, ses ancêtres et amis, sa réputation et son travail, ses terres et chevaux et son yacht et son compte de banque". En somme le soi consiste en tout ce qui peut être appelé **mien ou faire partie de moi**.

D'autres auteurs- tels que Baldwin⁸⁹ (1897), Cooley (1902), Gordon (1968), Mead⁹⁰ (1934), Rodriguez-Tomé⁹¹ (1972), lequel parle plutôt d'image personnelle et d'images sociales), Sarbin⁹² (1952, 1954), Sullivan⁹³ (1953), Ziller⁹⁴ (1973)- cherchent à mettre en lumière l'influence du milieu social dans le processus de structuration du concept de soi. Pour eux, le concept de soi (ou image, la perception, la représentation, la conscience de soi) ne peut émerger que dans la communication avec les autres (Cooley⁹⁵, 1902) ; le soi résulte alors de la "complémentarité du soi et de l'autre" (Rodriguez-Tomé, 1972) et est généralement considéré comme étant "essentiellement une structure sociale... (prenant son origine)... dans l'expérience sociale" (Mead, 1934, Ziller, 1973). Dans bien des cas ici, le terme *concept de soi* est remplacé par celui de *soi social* dont la définition n'est cependant pas toujours la même pour tous les auteurs. Le soi social est tantôt la façon dont l'individu perçoit les autres, tantôt la façon dont les autres perçoivent l'individu, tantôt encore la façon dont l'individu pense que les autres le perçoivent, tantôt enfin un mélange de ces divers aspects.

D'autres auteurs mettent l'accent sur l'aspect *multidimensionnel* du concept de soi (Allport⁹⁶, 1955, 1961 ; Sarbin, 1952, 1954 ; Staines, 1954), sur l'organisation hiérarchique des divers éléments internes de ce concept (Gordon, 1968 ; L'Ecuyer, 1975⁹⁷ a) et éventuellement, sur l'évolution de ces organisations hiérarchiques au cours de périodes plus ou moins longues de vie (Bugental⁹⁸ et al., 1949-1965 ; Jersild⁹⁹, 1952 ; L'Ecuyer, 1975 a). Le concept

⁸⁹ Baldwin, J. M. 1897, *The self-conscious person*, in C. Gordon et K. J. Gerger, Ed *The self in social interaction*, vol I: *Classic and contemporary perspectives*, pp.161-169, New York, Wiley, 1968.

⁹⁰ Ibidem, p 54

⁹¹ Rodriguez Tomé, H. 1972, *Le moi et l'autre dans la conscience de l'adolescent*, Paris, Delachaux & Niestlé.

⁹² Ibidem, p 54

⁹³ Ibidem, p 54

⁹⁴ Ziller, R. 1973, *The social self*, New York, Pergamon Press.

⁹⁵ Cooley, C. H. 1902, *The social self: on the varieties of self-feeling*, in C. Gordon et K. J. Gergen, Ed, *The self in social interaction*, vol I : *Classic and contemporary perspectives*, pp.137-143, New York, Wiley, 1968.

⁹⁶ Allport, G. W. 1955, *Becoming : basic considerations for a psychology of personality*, New Haven, Yale University Press, 1961.

⁹⁷ L'Ecuyer, R. 1975 a , *La genèse du concept de soi : théorie et recherches. Les transformations des perceptions de soi chez l'enfants âgés de trois, cinq et huit ans*, Sherbrooke, Editions Naaman.

⁹⁸ Bugental, J.F.T. 1949, An investigation of the relationship of the conceptual matrix to the self-concept, Abstract doctoral dissertation, 57, 27-33, Ohio State University.

de soi est alors défini comme une "structure d'ensemble multidimensionnelle composée de quelques *structures* fondamentales délimitant les grandes régions globales du concept de soi, chacune d'elle recouvre des portions plus limitées du soi... caractérisant les multiples facettes du concept de soi et puisant au sein même de l'expérience directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par l'individu" (L'Ecuyer, 1975 a, p.31).

De façon générale, en tout cas, il paraît juste de dire que toutes ces conceptions gravitent autour d'un point commun pouvant être ramené à la définition du concept de soi formulée par Rogers (1951) et déjà citée au tout début. Etant donné que ces approches sont assez facilement discernables puisqu'elles réfèrent à des domaines complets de recherche, il faut considérer que les véritables problèmes de la notion de concept de soi ne se posent pas vraiment à ces niveaux. En effet, quel que soit le domaine spécifique d'approche ou l'accent plus particulièrement privilégié les auteurs favorisent : *l'aspect social, corporel, développemental*, etc.

Pour E1 c'est le regard de sa famille qui la préoccupe, comment ses enfants la perçoivent. De plus, elle a un sentiment de honte et de gêne : "**Parce qu'à un moment ils m'ont vue, et puis là ils m'ont vue un peu changée. J'ai dit si je me laisse aller quel regard ils auront de moi, j'avais honte parce que je suis pas une bonne mère, parce que une bonne mère c'est pas ici, pas en prison, alors quand j'fais le sport c'est aussi pour ça pour qu'ils me voient mieux...**" E1 est ainsi proche de R. Lecuyer (1975, a) qui nous rappelle que le concept de soi se «*réfère à la façon dont l'individu se perçoit, aux attitudes ou sentiments que la personne ressent à son propre égard*». Pour E3 il faut payer sa dette à la société pour l'acte qu'il a fait, il en souffre et insiste sur le fait que les détenus sont victimes d'eux mêmes et qui ne faut pas qu'ils se positionnent comme des victimes. Le regard qu'il porte sur lui et sur les autres vient d'après lui de son enfermement : "**Donc on est victime de soi-même dans un sens, y'en a qui disent ouais j'suis victime, non on est victime de soi-même on est victime de qu'est-ce qu'on a fait, donc il faut payer ce qu'on a fait, on souffre, on souffre, je le sais ça donne pas une bonne image de moi enfin de nous parce que l'on est des prisonniers, mais c'est aussi l'enfermement qui nous donne ce regard sur nous, tu comprends heu...**" Ainsi une "configuration organisée de perceptions... admissibles à la conscience... (et)... est composée d'éléments tels que les percepts et les concepts de soi en relation aux autres et à l'environnement ; les valeurs et les qualités perçues et associées aux expériences et aux objets ; les buts et les idéaux perçus comme ayant une valence positive ou négative" (Rogers¹⁰⁰, 1951, p. 501). E4 aime le volley et le pratique en centre de détention et pour elle ce sport collectif lui permet d'observer le comportement des détenus et de savoir avec certitude qui peut faire partie de ses relations car ce qu'elle déteste avant tout c'est que l'on écrase les gens. Son regard est sélectif comme ses choix : "**souvent, si vous voulez y'avait une partie de volley les gens se révélaient sur le terrain de jeu, heu, justement la capacité de respecter**

⁹⁹ Jersild, A. 1952, *In search of self*, New York, Teachers College Press, Columbia University, 6^e impression, 1968.

¹⁰⁰ Ibidem, p 54

l'autre en particulier. C'est à dire que là on pouvait repérer si vous voulez à la limite les gens avec qui on est susceptible de s'entendre car à mes yeux ils sont rédhibitoires (rire), ah non, j'aime pas les trucs d'écrasements de l'autre hein voilà (rire) dans le sport y'a des valeurs à défendre et tu l'as ou tu l'as pas, je l'sais...» Le concept de soi réfère donc à un ensemble de traits d'images, de caractéristiques, de goûts, de valeurs (estime de soi), d'aspirations, etc., que l'individu perçoit plus ou moins clairement en lui-même et qu'il organise de façon plus ou moins cohérente, ceci en relation avec les autres et les rôles qu'il joue (Horrocks et Jackson¹⁰¹, 1972). Pour E5 son regard se porte sur sa féminité. En effet, quand je l'ai rencontrée la première fois j'ai cru avoir à faire à un jeune garçon, cela vient du milieu de naissance comme elle le dit si bien, "***je m'habille à la Roubaisienne***". Ce qui lui permet d'exister en tant que personne dans ce milieu de matchos où seuls les garçons ont droit de cité "participer, exister etc." J'ai professionnellement côtoyé ces jeunes filles qui sont écrasées par leurs familles et leur culture d'origine.

En effet, les garçons ont une place particulière dans ces familles : L'homme est le chef de famille, l'héritier, celui qui préservera le nom de famille etc. Quant à la fille, se sera une bonne ménagère et s'occupera bien de ses futurs enfants et respectera son mari etc. Aussi, les filles cherchent à s'émanciper très vite, pour échapper à ce destin qu'on leur présente comme un cadeau. Elles se transforment du jour au lendemain en de vrais petits "mecs". Elles utilisent le même vocabulaire, la même démarche, la même haine dans leur regard de petite fille. Aussi E5 pratique les mêmes sports boxe, foot etc. : "***J'ai jamais été féminine, déjà avant, le seul truc féminin que j'ai en moi c'est mes cheveux c'est déjà bien, quand j'ai connu le père de mes enfants, bien avant d'avoir mon fils j'étais habillée à la Roubaisienne, d'façon, c'était soit un sweet, pantalon velours grosse côte kaki, pull large plus large que moi, vraiment sac à patate quoi, toujours la casquette, les cheveux vachement courts heu, on aurait dit un petit mec quoi, c'est comme ça que j'étais bien et que mes amis m'aimaient bien comme ça. Hein et ici, j'fais de la boxe et du taïtchi en plus de la musculation, le sport ouais, ouais le sport quand j'me vois dans la glace ça le fait...»***

Enfin, le contenu de la conscience de soi réfère à l'image de soi (ou l'"image propre" dans la terminologie de Rodriguez-Tomé, 1972) qui "se forme progressivement en fonction de l'image des autres" (Zazzo. B¹⁰², 1972). L'image de soi ou image propre, est faite de "cénesthésie, d'aperception de soi et du monde extérieur... (et)... est composée par un agencement des traits que le sujet admet comme lui appartenant" (Rodriguez-Tomé, 1972. p 6). L'image des autres ou "image sociale" réfère à ce que le sujet croit que les autres

¹⁰¹ Horrocks, J. E., Jackson, D. W. 1972, *Self and role : a theory of self-process and role behavior*, Boston, Houghton Mifflin.

¹⁰² Zazzo. B. 1972, *Psychologie différentielle de l'adolescence* (2^e éd. Rev.), Paris, Presses Universitaires de France.

pensent de lui, et constitue un élément essentiel dans le processus de construction de l'image propre ou image de soi.

Nous verrons dans ce qui suit que le bien-être correspond aussi à la capacité de s'adapter à la société ou à l'environnement social dans lequel on vit, et à celle d'être prêt à accepter les pratiques et convictions en vigueur.

B. Les détenus et le bien-être

Lors des entretiens que j'ai eu avec les détenus, il est ressorti que chacun d'eux m'a fait part d'un sentiment de bien-être. En effet, s'ils sont dans une situation complexe qui est liée à leur incarcération et à la durée de leur peine, il semble que la participation à des activités sportives leur donne ce sentiment qu'ils expriment de façon très simple comme «*je me sens mieux ; je suis bien etc.*» Ceci nous renvoie à l'approche du bien-être comme un sentiment subjectif. Ainsi, cette approche se compose de deux éléments¹⁰³ : une composante affective et une composante cognitive. La première concerne l'état émotionnel, "se sentir bien". En sondant cet état d'âme, on étudie par exemple la fréquence des sentiments comme «*se sentir déprimé*", "être pessimiste", "être irritable" ou encore «*avoir des idées moroses*". Pour E1 le sport lui permet de trouver son équilibre et elle explique ce sentiment de bien-être qui l'aide à garder une bonne santé intérieure, comme extérieure : "***Moi, je suis bien, je suis bien et dans ma peau et je suis bien dans ma tête, c'est ça j'ai dit faut que je vais au sport pour être toujours bien dans moi...***" Pour E3 le sport lui permet de communiquer avec les autres détenus sans qu'il se sente jugé, ça lui fait du bien et ça lui permet de lever la tête : «***Depuis que je fais du sport avec Régis et Marion ça me fait du bien, on nous juge pas c'est ça qui fait du bien, ça fait du bien, ça fait beaucoup de bien, ce qui faut s'dire après on va ressortir et faut pas baisser la tête parce que la vie continue...***" Pour E4 c'est le karaté et notamment de faire régulièrement des katas¹⁰⁴ qui lui permet d'être bien dans sa peau et dans son corps : "***n'empêche que ça me fait énormément de bien en moi, dans ma tête et je suis plus concentrée...***" Pour E6 le sport lui permet d'être bien et d'entrer en contact avec d'autres détenus : "***si non je me sens bien, quand au bout d'une heure et demie quand je sors de la salle de sport, je me sens heu pfff, bien, je me sens mieux c'est vrai, enfin ça me permet de vivre et puis de garder une certaine convivialité, ça c'est important ça me permet de me sentir bien...***" Pour E7 le bien-être s'exprime par rapport à l'activité sportive qu'elle pratique avec d'autres détenues, elle nous parle de famille créée autour du groupe qui fréquente l'activité, elle se sent mieux, et peut aborder d'autres sujets de conversation que ceux coutumières : "***Les enfants, la famille, les rencontres aux parloirs etc.***" : "***Ben déjà, quand on va au sport hein, comme je vous ai dit on parle des enfants, on parle de la famille heu, quand on va au parloir on se raconte comment ça c'est passé et ça nous fait du bien, pour moi en tout cas ça me fait du bien énormément et ça fait comme une petite famille ici et ça permet de se sentir bien dans ta***

¹⁰³Y. Lemel, *Stratifications et mobilité sociale*, Paris : Armand Colin, 1991

¹⁰⁴Katas : Mouvement de préparation et de concentration pratiquée au Karaté

peau...» Pour E10 cela permet d'évacuer toute son agressivité et de ne pas se refermer sur elle-même, d'être dans un état de bien-être qu'elle apprécie : "**Et ben un bien-être, toute l'énergie au lieu d'être agressive, ou taper dans les portes comme certaines faisaient, ou de me renfermer sur moi même, je me suis dit tu vas courir et ça te permet d'aller bien, j'avais mal partout, mais ça je m'en fichais, je préférais avoir mal n'importe où, mais être mieux dans ma tête...**" En fin, les composantes du bien- être indiquées par Lauwers¹⁰⁵ peuvent être réunies sous le dénominateur de satisfaction des Besoins et des Aspirations, à condition qu'on ne considère pas ces besoins et aspirations comme des données anthropologiques universelles et fixées, mais qu'on les associe à un contexte socioculturel précis.

Tous les éléments nous permettent jusqu'à présent de conforter notre hypothèse centrale et valider notre deuxième et troisième sous- hypothèses qui sont les suivantes :

- L'activité sportive diminue les risques de maladies des personnes incarcérées et améliore leur santé.
- L'activité sportive apporte aux détenus une meilleure connaissance de leur corps et améliore le regard qu'ils portent sur eux-mêmes.

En effet, nous pouvons présenter les bienfaits qu'apporte l'activité sportive sur le détenu. Ainsi, nous pouvons vérifier dans leur discours le regard qu'ils portent sur eux et ce qui a changé : Les détenus nous disent qu'ils sont "*mieux dans leur peau ; mieux dans leur tête ; mieux dans leur corps ; mieux avec les autres ; mieux avec eux-mêmes*" Que le regard qu'ils portent sur eux est positif et qu'ils ont une meilleure estime de soi. De plus, ils ressentent l'activité physique comme un besoin, et leur permet de développer par le sport une résistance aux tendances suicidaires et aux excès de toute nature qui portent atteinte à leur santé. Ce qui améliore leur santé, physique, psychique et cela leur permet d'atteindre un état de bien-être.

¹⁰⁵J. lauwers. *Op zoek naar welzijn*, Leuven : Acco, 1987

5.3. Les détenus et le Sport

A. Les détenus et la "liberté"

Ici il faut lire dans le mot liberté une métaphore utilisée par les détenus pour exprimer les bienfaits que l'activité sportive a sur eux. En effet, ils parlent "d'évasion, de liberté, de dehors etc..." Ceci leur permet de tenir dans les moments difficiles de leur incarcération et de ne pas sombrer dans la déprime et le mal être. Pour E3 c'est comme à l'extérieur et ça fait du bien de se sentir comme en liberté : **«Le sport justement ça aide à conserver une partie de liberté pouvoir se défouler, avoir un contact avec l'extérieur, ici c'est un bon groupe ya pas de problème, ya rien tout va bien, ici je me sens comme un peu à l'extérieur, point de vue du sport sur le vélo que je parle, hein, (rire)...»** Pour E6 la pratique sportive lui permet de s'évader et de ne plus penser à la prison : **"C'est magique, pour moi en ce qui me concerne ça m'évite de penser surtout parce que je sais pas, je, tenais à profiter de ce tapis roulant là qui pour moi me permet de m'évader un petit peu (rire), pas très loin quand même parce qu'il y a les barreaux mais ça me permet de ne plus penser à la prison..."** Pour E7 le sport lui permet d'être libre dans sa tête et de ne plus penser négativement : **"Ben disons que, ouais, en fait, ça amène beaucoup de choses, déjà on se sent plus libre dans la tête, pendant qu'on fait du sport on ne pense pas à nos problèmes on est en quelque sorte libre..."** Enfin, pour E10 s'évader, oui, mais il ne faut pas oublier qu'il y a toujours les barreaux qui nous séparent de dehors et le sport lui permet de faire taire ses angoisses : **"Ce qui m'angoisse c'est le manque de liberté (rire) le fait de me dépenser pendant l'activité ça me permet de m'évader de ma cellule enfin de la prison, pour de rire, parce que les barreaux sont toujours là..."**

Nous pouvons constater que les détenus apprécient la pratique sportive qui leur permet de **"s'évader"** et de se sentir un peu plus libre dans le centre de détention. Cela permet par la même occasion de garder une bonne forme physique et mentale.

B. Les détenus et l'alimentation

Lors de mes entretiens, les détenus sont souvent revenus sur le problème alimentaire, lié d'une part, à la mauvaise alimentation qui leur est fournie et d'autre part, aux excès alimentaires dû à leur incarcération **"on mange mal ici ; c'est toujours des plats en sauce ; je n'arrête pas de grignoter"** Et d'après leurs propres aveux ils sont boulimiques. Ceci leur permet de faire taire **"les angoisses qu'ils ont en eux"**. Ce qui a des conséquences immédiates sur leur état de santé : prise de poids rapide, mal être, état dépressif etc. Pour E1, depuis qu'elle fait du sport elle fait attention à sa ligne car elle avait déjà pris 10 kg au début de son incarcération. De plus ça lui permet d'avoir une meilleure digestion : **«Quand je mange je fais attention pour pas reprendre du poids et je lis des livres sur l'alimentation pour bien être en forme, je bois bien deux litres et demi par jour et encore plus quand j'fait le sport pour ça je digère bien et à l'intérieur de mon ventre tout va bien..."** E3 fait le lien entre son alimentation et l'état dans lequel on se trouve "on mange plus ou moins

selon que l'on fait sport ou pas ou encore plus si l'on est stressé : **"Ah ouais, ça m'est déjà arrivé de manger deux baguettes en une journée, faut l'faire deux baguettes, j'me suis dit comment ça s'fait que tu manges autant, j'tiens l'impression que la nourriture joue aussi avec le stress, quand y'a des moments de stress vous mangez davantage, et si vous faites du sport vous mangez aussi mais c'est pas la même chose parce que tu cherche à manger plus mais mieux...»**

E6 n'a jamais bien mangé. Déjà, à l'extérieur elle ne faisait pas attention à son alimentation. De plus, elle se "gave" de sucreries et de gâteaux ce qu'elle ne faisait pas forcément à l'extérieur car en mangeant, elle y trouve un certain réconfort. Le sport semble avoir un effet positif sur elle car elle dit faire attention à son alimentation, elle retrouve le même réconfort dans la pratique sportive : **"Moi je mange mal de toute façon c'est clair, je mange mal même dehors bon ici je cantine pas mal de chose et puis j'aime le chocolat, les sucreries et tout ce que je ne mangeais pas forcément dehors en fait ; mais ici j'y trouve une certaine forme de réconfort et le sport ça remplace tout ce que je mange de trop je fais plus attention depuis..."** Pour E7 il n'y a rien à faire quand ça ne va pas il faut qu'elle mange, bonbons, gâteaux etc. Le sport lui permet de se contrôler et dès qu'elle sent qu'elle va craquer alors elle va vite faire des exercices et ça se passe : **"C'est vrai j'en demande, c'est vrai c'est bon tout y passe bonbons, chocolats, gâteaux, mais c'est surtout le chocolat parce que quand j'étais stressée et j'avais des problèmes et ben heu, vas-y faut que je mange, je mange, je mange, bon là, non je m'énerve et je fais un peu de sport dans ma cellule et puis c'est bon y'a pu besoin que je mange tout ça..."** Enfin E10 fait de l'exercice dans sa cellule le soir pour ne pas être tentée : **"j'ai pris de l'estomac pas du ventre, j'sais pas donc j'dis il faut faire des abdos à fond. Donc j'arrête de manger trop le soir, surtout qu'après on dort donc ce n'est pas la peine quoi, j'ai pas besoin de ces calories..."**

Le sport aide les détenus à trouver un bon équilibre alimentaire et se substitue aux effets que leur apportaient les friandises et autres nourritures.

C. Les détenus et le tabac

La consommation de tabac est très importante chez les détenus interviewés. Ils expliquent cette consommation par un état d'angoisse et de stress important. S'ajoute à cela l'enfermement, la séparation de leur famille, et la durée de la peine qui reste à faire... Certains détenus ne fumaient pas avant leur incarcération, pour eux comme pour les autres, le tabac agit comme un anti-dépresseur. Ceci est confirmé par eux lors des entretiens. Enfin, nous verrons qu'une fois de plus, le sport agit sur les sujets de façon positive et les aide à dépasser certains caps difficiles liés à leur incarcération : E1 ne fumait pas avant son incarcération, comme elle l'explique **"j'étais plutôt sportive et vivais dans un milieu de sportif puisque mon mari est professionnel de football"**. Elle a commencé à fumer au début pour faire comme les autres détenus et elle s'est rendue compte quelle n'aimait pas du tout ça, pourtant petit à petit elle y a pris goût. Pour elle ce n'est pas un problème puisqu'elle peut arrêter quand elle le décide. Ce discours est très connu, en effet, tous les jeunes fumeurs nous expliquent la même chose pourtant sans s'en rendre compte **"ils sont entrés**

dans une spirale infernale qu'ils auront du mal à quitter¹⁰⁶". Elle m'explique que le sport lui a permis de diminuer sa consommation de tabac. Pour elle, plus de sport, c'est moins de tabac... : E1 "**parce que je fais le sport et puis ça me permet, l'activité quoi, quand je suis en activité je ne fume pas, mais dès que je reste comme ça je fume plus, je fume donc ça, moi mes copines je leur dis, moi j'ai arrêté de fumer de trop, moi qui fumais 2 paquets de tabacs par semaine là, et même des fois ça peut m'arriver une semaine hein, et là je fume en 8 jours même pas, je peux même pas finir mon tabac, hm hm, c'est vrai...**"

Pour E2 il a toujours fumé une douzaine de cigarettes par jour et depuis qu'il est incarcéré, il n'a pas augmenté sa consommation de tabac. Mais il reconnaît que depuis qu'il fait du sport il fume moins : "**ben, à peu de choses près c'est à peu près la même chose quoi, ho j'fumais bfff à peu de chose près et puis la cigarette ça m'aide un peu, surtout depuis que je suis enfermé ici c'est dur. Mais j'fume jamais quand j'fais du sport...**" Pour E4 elle ne fumait pas avant son incarcération, c'est en prison qu'elle a appris à fumer parce que le tabac semblait faire du bien à ses co-détenus qui fumaient dans la cellule, elle a donc essayé et y a pris goût.

Elle fume 20 cigarettes par jour et moins les jours d'activités. De plus, fumer lui permet de se concentrer quand elle écrit. Pourtant, quand elle a pu faire une activité sportive elle n'arrivait pas à fumer. Elle sentait qu'il se passait quelque chose "**je me sentais mieux, je n'étais plus essoufflée quand je montais les marches enfin tu vois quoi...**" Elle ne ressent pas le besoin de fumer quand elle est en salle de sport : "**Non ! C'est à dire le fait est que quand je fais du sport, je fume pas, j'ai pas envie de fumer de la même façon quand j'arrête immédiatement après un effort j'ai pas envie de fumer, parce que je trouve ça dégoûtant, bon réduire véritablement maintenant, parce que si vous voulez quand je fume c'est lié quand j'écris et ça me calme, je suis moins stressée ...**"

E7 a toujours fumé et a pris conscience qu'elle devait arrêter et que le tabac nuisait à sa santé. Quand elle fait du sport, elle sent qu'elle est essoufflée et qu'elle n'est pas bien dans l'effort et quand elle ne fume pas avant elle se sent beaucoup mieux, plus en forme, plus dynamique et moins fatiguée pendant l'effort : "**Quand je fume ça me fait du bien quand je vais mal, mais c'est pas ça, car j'ai l'impression que c'est plus des fois. Ah de toute façon, oui, quand on fait du sport on le sent quand même quand on fume de trop ça déchire ! Ça crache quand même (silence), alors, quand même j'ai pris conscience de diminuer le tabac(silence) ouais, faut arrêter...**"

Pour E8 il ne faut pas fumer, ni avant, ni après une activité sportive parce qu'on ne se sent pas bien et on est mal pendant son activité. Elle se rend compte que le tabac nuit à sa santé mais n'arrive pas à s'en débarrasser, elle n'arrive qu'à baisser sa consommation de tabac pour l'instant : "**Je fume, oui une dizaine de cigarettes par jour et moins quand j'fais du sport, mais je ne fume jamais avant ou après une activité sportive, parce que quand tu fais du sport et tu fumes t'es pas bien, tu t'essouffle plus vite, t'as envie de vomir, t'as la tête qui tourne enfin t'es cassé, alors moi je fume pas pour ça...**"

¹⁰⁶ Promosanté/Christian/Le sport, facteur de santé, 18.01.2000

Pour E9 la consommation plus importante de tabac est liée à l'enfermement et à l'inactivité. L'activité sportive lui permet de moins fumer mais ne lui permet pas d'arrêter complètement, car le tabac reste un besoin : **"Quant t'es enfermé et que t'as rien à faire pendant toute la journée tu gamberges, alors tu fumes, tu fumes, t'arrête pas quoi, bien sûr quand tu te bouges, tu fumes moins. Moi depuis que je fais du sport je fume un peu moins..."**

Le sport permet aux détenus de moins fumer, mais il ne permet pas d'arrêter de fumer. Le tabac reste un besoin important chez les détenus même s'il nuit à leur santé. Ils sont dépendants du tabac qui leur procure un sentiment de confort qui n'est qu'artificiel, car certains reconnaissent que le tabac les rend plus nerveux et cela a pour effet direct de les stresser, les angoisser.

D. Les détenus et le sommeil

Le sommeil est un facteur déterminant pour l'équilibre de l'individu. En effet, les troubles du sommeil sont révélateurs de certaines pathologies graves comme l'état de dépression, d'anxiété et de stress. Les détenus sont tous concernés par ces troubles. Selon l'équipe médicale du centre de détention 9 détenus sur 10 souffrent de troubles du sommeil et 8 sur 10 ont recours à des somnifères. Aussi, les détenus interviewés ont pour la plupart des troubles du sommeil et ils nous expliquent qu'en dehors de la prise de somnifères, seule la pratique sportive peut les aider à trouver le sommeil et par la même occasion contribuer à mieux dormir. E1 a toujours fait une activité physique ce qui lui permet d'avoir une bonne condition physique et un bon équilibre du sommeil. D'ailleurs, comme elle nous l'explique quand elle ne fait pas suffisamment d'activité physique, elle souffre de troubles de toutes natures et surtout de troubles du sommeil : E1 **"Puisque si je fais pas, si je reste longtemps sans faire je ne dors pas bien hein, j'ai mon corps qui me fait mal partout mes articulations, mais dès que je commence à faire du sport, même quand j'étais dehors hein, même si je reste comme ça chez moi sans rien faire, c'est pourquoi des fois je laisse le bus pour aller marcher descendre en ville, je remonte à pied, donc moi le sport c'est tellement important pour la bonne santé quoi et pas besoin de somnifères..."**

E3 dort pas bien car son lit, ses draps, couvertures ne sont pas à sa taille **"Je ne dors pas vraiment parce que le lit, c'est vrai qui est pas tellement grand, heu, un petit oreiller euh, c'est vrai que c'est pas très bien pour dormir, les couvertures sont courtes, les draps etc. C'est vrai que je ne dors pas bien..."** Malgré ces petits soucis matériels, quand il fait du sport il n'y pense plus et surtout ça l'aide à mieux dormir : **"Si, disons c'est vrai que quand j'ai fait du sport ça aide à dormir, c'est sûr on l'sent tout de suite, c'est sûr on dort plus vite et mieux..."**

E6 : ses troubles du sommeil viennent de son acharnement à refaire son histoire de vie, ce qui l'empêche de trouver facilement le sommeil, ensuite il faut rattraper les heures perdues à ressasser : **"Pas seulement, c'est le fait de penser et de ressasser et de ressasser encore, et moi c'est ce qui m'empêche de dormir c'est ça mais le fait de faire du sport ça te fatigue un petit peu plus physiquement ça ne peut qu'aller dans le bon sens et aider à dormir à s'endormir hein..."**

E7 a des troubles importants du sommeil que depuis qu'elle est incarcérée. Seuls les somnifères l'aident à trouver le sommeil. Et si le sport commence à

avoir de l'effet, il est encore trop tôt pour en déduire qu'il a un impact significatif sur son sommeil : "**Alors là, c'est le gros problème de sommeil moi, j'sais pas dormir sans cachet. Depuis que je suis ici c'est comme ça. Le sport me fait du bien c'est sûr mais je dors pas encore bien, même si des fois ça marche, c'est comme ça...**"

E8 après une longue période de dépression a repris confiance en lui et a commencé à faire des activités qui lui ont permis de retrouver un équilibre. Le sport semble avoir été déterminant sur cet équilibre du sommeil : "**Quand j'étais en dépression je dormais plus, j'étais parano, et après une petite année j'ai commencé à faire des trucs, du travail, de la poterie et du sport et quand j'ai fait le sport ça c'était le pied parce que je me sentais mieux et j'dormais comme un bébé ouais comme un bébé...**"

Le sommeil est important pour l'individu, cela lui permet de maintenir un bon équilibre, ce qui améliore sa santé, physique, psychique et lui permet d'atteindre un état de bien-être.

CONCLUSION

Les détenus interviewés confirment les facteurs positifs du sport sur la santé. Aussi, si l'on se réfère aux notions¹⁰⁷ associées au sport qui sont le développement :

- de la force physique
- de l'endurance
- de la résistance de l'organisme
- de l'équilibre physique
- de l'équilibre psychologique de l'individu.

D'une part, tous les détenus ont confirmé les bienfaits que le sport a eu sur eux. D'autre part, ils répondent ainsi à la question de départ qui est à l'origine de cette recherche :

"La promotion des activités sportives en milieu de détention peut-elle améliorer la santé des détenus ?"

Il semble que les sous-hypothèses qui en découlent sont globalement confirmées, à savoir :

L'inactivité et la mobilité "réduite" qu'ont les personnes incarcérées favorisent les risques de maladies.

L'activité sportive diminue les risques de maladies des personnes incarcérées et améliore leur santé.

L'activité sportive apporte aux détenus une meilleure connaissance de leur corps ce qui améliore le regard qu'ils portent sur eux-mêmes.

Aussi, on peut affirmer que la pratique sportive permet d'approcher les objectifs de la santé : "**état global de bien-être physique, mental et social**"¹⁰⁸.

En effet, dans l'acception la plus exhaustive du terme, le sport a un impact non seulement physique mais aussi psychologique et social. Ces différents aspects, sont :

- Élément d'acquisition et de maintien d'une bonne condition physique ;
- Facteur majeur de prévention des maladies cardio-vasculaires qu'il s'agisse de cardiopathie ischémique ou d'hypertension ;
- Adjuvant thérapeutique précieux dans le domaine de la cardiologie ou de certaines affections métaboliques ;
- Catalyseur de l'épanouissement personnel par la valorisation de l'image qu'il donne de soi ;

¹⁰⁷ Cœur & Santé n° 106- MARS/AVRIL 1998

¹⁰⁸ Editorial : du Médecin général inspecteur, professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre du Haut Comité de la santé publique

- Acteur social évident car favorisant l'intégration, la lutte contre l'exclusion, la prévention des conduites déviantes, la réhabilitation des handicapés et le maintien des personnes du troisième âge dans le tissu relationnel particulièrement utile au moment de la retraite.

Ces effets bénéfiques sont d'autant plus probants que la pratique sportive s'accompagne le plus souvent d'un changement radical des comportements nutritionnels et d'une amélioration de l'hygiène de vie. Comme nous avons pu le constater lors de notre recherche. De plus, pour dépasser le cadre étroit de la satisfaction ludique éphémère et apporter aux pratiquants les effets positifs qu'ils en attendent, ***"l'activité physique déployée doit être suffisamment intense et prolongée mais adaptée et dosée sans jamais forcer les dispositions naturelles, elle doit être adaptée aux possibilités de chacun sans esprit majeur de compétition et volonté de se dépasser. Elle doit être pratiquée de manière régulière, et non occasionnelle, sous peine d'en perdre les bénéfices somatiques."***¹⁰⁹»

Enfin, nous pouvons nous permettre de valider notre hypothèse de recherche selon laquelle le développement des activités sportives permet d'améliorer la santé des détenus souffrant ou non de troubles cardiovasculaires. De plus, cela permet aux détenus d'avoir une meilleure représentation d'eux-mêmes.

¹⁰⁹ Ibidem. p 68.

PROPOSITIONS D' ACTIONS :

Compte tenu de la confirmation de nos sous-hypothèses et de notre hypothèse de recherche, deux hypothèses d'action ressortent :

Le sport est un facteur de bonne santé chez les détenus. Il a des effets positifs sur l'équilibre de l'individu, ce qui améliore sa santé, physique, psychique et cela permet d'atteindre un bon état de bien-être et une bonne image de soi/estime de soi . D'où l'intérêt de mettre en œuvre :

1. Des actions préventives réelles.
2. Le sport sur ordonnance.

1. METTRE EN PLACE DES ACTIONS PREVENTIVES REELLES.

1.1 Objectif

La mise en place d'un suivi médical de tous les détenus et propositions d'activités sportives dès leur première incarcération, avec le suivi du dossier et de l'activité en cas de changement de centre de détention. Ceci devrait aider les détenus à mieux passer le premier moment de l'incarcération qui est très dur à vivre et qui a des effets importants sur la santé.

1.2 Contenu

L'exercice physique est recommandé à tout âge, mais son niveau de pratique est fonction des capacités physiques de chaque individu. Aussi, chaque détenu pourrait avoir son bilan médical et pourrait choisir le sport qui lui conviendrait le mieux. De plus, par ce biais on prend en compte la santé de l'individu en amont et cela permet de réduire les risques de développement de maladies liées à son emprisonnement.

1.3 Les moyens

Développer les moyens humains, financiers, qu'ont les antennes médicales des centres de détention, pour permettre une meilleure prise en charge des détenus. Développer le partenariat entre les équipes qui travaillent dans les centres : exemple "**Equipe médicale et Equipe d'éducateurs sportifs**" Ce qui permettrait une réelle prise en charge des détenus.

2. LE SPORT SUR ORDONNANCE.

2.1 Objectif

Le sport prévient mais il soigne aussi. Dans un certain nombre de maladies, il renforce et complète l'effet des thérapeutiques médicamenteuses. Aussi, "**il faut lutter contre la sédentarité, facteur de risque pour les maladies, dites de civilisation¹¹⁰**" :

- L'ostéoporose.
- Le mal de dos.
- La surcharge pondérale.
- Les troubles du sommeil.
- Les affections courantes.

2.2 Contenu

Le sport est prescrit dans des affections aussi diverses que l'asthme, certains troubles neuropsychiatriques etc.

Il importe donc d'explicitier et de cibler les problèmes que les détenus peuvent avoir tout au long de leur incarcération.

Il s'agit de les mettre en situation d'acteur et que chacun d'entre eux prenne conscience de l'importance de cette prise en charge individuelle/collective de leur santé. Chacun doit connaître ses limites et ses potentialités.

Il est alors possible de mettre en place des stratégies d'action. Le choix des modalités d'action sont reconnues par tous les acteurs de santé publique.

2.3 Les moyens

La prise en charge par le service médical et l'équipe d'éducateurs semble très importante. La mise en place de test de l'effort et d'un suivi médical sur l'évolution de l'état de la santé des détenus. Programme d'entraînement adapté à chaque détenu. Information et formation en éducation à la santé.

¹¹⁰ Promosanté/Christian/Le Sport, Facteur de santé. 18/01/2000

CONCLUSION GENERALE

Nous avons vu que la pratique sportive permet d'apporter une réponse à des problèmes de santé publique pour lesquels les professionnels qui travaillent en centre de détention sont le plus souvent démunis. Par manque de moyens, de formation, de disponibilité et aussi de priorité d'intervention.

Les politiques publiques en terme de santé "n'ont aucun effet à ce jour au centre de détention de Bapaume". Ce qui est fait n'est dû qu'au mérite des personnels volontaires engagés dans les programmes d'éducation à la santé développés par les P.R.S (Programmes Régionaux de Santé).

Aussi, cette recherche avait pour objectif de répondre à notre question de départ qui était : "**La promotion des activités sportives en milieu de détention peut-elle améliorer la santé des détenus ?**". Et de mesurer les effets positifs ou négatifs de la pratique sportive en centre de détention sur l'état de santé des détenus.

Ce travail nous permet de répondre positivement à la question. En effet, la pratique régulière d'un sport a un impact bénéfique sur l'état de santé des détenus. Elle leur permet de trouver le bon équilibre malgré leur incarcération. De plus, cela leur donne un bon moral et permet de décompresser, de se dépenser, et de ne pas avoir recours aux médicaments. Ils ressentent l'activité sportive comme un besoin qui les aide à vivre leur situation de détenus.

Cela nous donne des informations intéressantes sur l'état de bien-être et l'image de soi qu'ont les détenus en centre de détention. Le regard qu'ils portent sur eux est positif et ils ont une meilleure estime de soi. De plus, le sport leur permet de développer une résistance aux tendances suicidaires et aux excès de toute nature qui portent atteinte à leur santé. Ce qui améliore leur santé, physique, psychique et cela leur permet d'atteindre un état de bien-être.

Ainsi, même "S'il n'a jamais été démontré que la pratique d'une activité sportive allonge la durée de vie , il est évident que le sport permet à chacun de mieux vivre sa condition de vie, de prévenir l'apparition de certaines maladies, d'acquérir une meilleure résistance à la plupart des affections courantes. Le sport, bon remède contre le stress, est également une nouvelle manière de vivre, à condition qu'il soit pratiqué de façon rationnelle et équilibrée."¹¹¹

Cela nous a permis de nous rendre compte de l'importance et de la nécessité de développer les activités sportives en prison, afin d'améliorer la santé des détenus, en vue de leur réinsertion.

L'exercice physique est donc à recommander à tout âge, mais son niveau de pratique est fonction des capacités physiques globales requises pour cela : cardiaques, artérielles, respiratoires, musculaires et articulaires. Il fait en outre partie d'une certaine conception de l'hygiène de vie avec l'abstention de tabac,

¹¹¹Ibidem. P.75.

l'alimentation dite "équilibrée" (taux sanguins satisfaisants de sucre et de cholestérol), la surveillance de la tension artérielle, celle du poids également...

Au terme de cette étude, et vu l'importance des défis à relever, il apparaît que les pratiques professionnelles de prévention gagneraient à être plus formalisées sur le plan théorique. Mais, il apparaît également que la modification du code pénal effectuée en 1993 génère de nouvelles difficultés qui ont des effets désastreux sur l'état de santé des détenus. En effet, selon la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention en prison le nombre de malades mentaux en prison est de 30%. Elle y voit deux raisons. D'abord la modification du Code pénal effectuée en 1993 : *de moins en moins de malades mentaux sont exonérés par la loi de leur responsabilité pénale. Le nombre d'accusés jugés irresponsables au moment des faits est passé de 17% au début des années 80 à 0,17% pour 1997.*

La deuxième : *"De plus en plus d'experts estiment que la prison va redonner aux détenus le sens moral. Ces gens-là ne connaissent pas la vie en prison",* souligne Brahmy Betty, responsable du S.M.P.R (service médico-psychologique régional) de Fleury-Mérogis.¹¹² Mais le fait est là : *la réforme du Code pénal et les nouvelles pratiques psychiatriques conduisent de plus en plus de "fous" en prison.*

Comment peut-on alors développer de réelles actions d'éducation à la santé, sachant que 30% des détenus n'ont rien à faire en prison. Ceci n'est pas qu'une impression mais une certitude, de nombreux détenus n'ont pas leur place en prison. Ils seraient beaucoup mieux dans une U.M.D. (unité pour malades difficiles). Une étude plus approfondie du sujet pourrait apporter des réponses concrètes à ce problème.

Ce travail m'a beaucoup apporté et ceci dans plusieurs domaines. Il m'a permis de mieux cerner les difficultés que rencontrent les détenus et de prendre conscience de l'importance de l'écoute dans la relation humaine.

Ce travail m'a été également enrichissant dans la rencontre avec l'autre dans un milieu que je ne connaissais pas et que j'ai appris à connaître avec ses règles, ses codes, son langage etc.

Aussi, dans son livre sur la naissance de la prison "Surveiller et punir", Michel Foucault¹¹³ écrit : *"Peut-être avons-nous honte aujourd'hui de nos prisons. Le XIXe siècle, lui était fier des forteresses qu'il construisait de cette douceur nouvelle qui remplaçait les échafauds. Il s'émerveillait de ne plus châtier les corps et de savoir désormais corriger les âmes. Ces murs, ces verrous, ces cellules figuraient toute une entreprise d'orthopédie sociale."*

¹¹² In « Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises » Revue : Le Nouvel Observateur du 12/04/2001.

¹¹³ Foucault, Michel, « Surveiller et punir » 1975. Ed.Gallimard. Paris.

Enfin, si la société prive les détenus de liberté pour les délits qu'ils ont commis, elle ne les prive pas de leur bonne santé. Aussi, faut-il encore qu'ils puissent la préserver tout au long de leur incarcération. Ceci est possible si le détenu est pris en charge dès les premiers jours de son incarcération et qu'un bilan de santé est pratiqué afin de l'orienter vers l'activité physique qui lui convienne le mieux et qui contribuera à son bien-être.

L'IDENTITE, LE BIEN-ETRE ET LA SANTE DES PERSONNES PRECARISEES :

**CE QUE PEUVENT APPORTER DEUX STRUCTURES DU QUARTIER
DE LILLE-MOULINS, LE CENTRE D'ACCUEIL SPORTIF PERMANENT ET LE CLUB SANTE**

Par Stéphanie MAZUREK

Petite fille, je m'interrogeais quand je voyais des personnes dans la rue, sans maison ou qui demandaient quelques pièces pour pouvoir s'acheter de quoi manger... . Ce que je voyais, c'était la pauvreté ; je ne comprenais pas et, je trouvais cela injuste. Aujourd'hui, j'ai bien grandi. Ma vision des choses s'est bien élargie et la sensibilité que j'y accorde est toujours là. Je me dis qu'il faut faire quelque chose face à cela.

D'abord, alors que j'étais en formation pour devenir professeur des écoles, j'avais choisi de réaliser mes stages pratiques dans les quartiers dits sensibles et, je me suis rendu compte que pour aider vraiment certains enfants, il fallait avant tout aider les parents, des parents si démunis qu'ils démissionnaient face à la vie avec toutes les répercussions que cela peut avoir sur les enfants : échec scolaire, violence, de mauvaises habitudes de vie... .

J'ai donc orienté mes études vers la licence des sciences de l'éducation où j'ai pu m'intéresser à l'illettrisme et aux bas niveaux de qualification, des obstacles à l'emploi. Ainsi, j'ai abordé deux aspects de la précarité essentiellement tournés vers la situation économique des personnes. Parallèlement, je me suis investie dans une autre forme de précarité : l'accompagnement de personnes déficientes intellectuelles. J'ai réalisé que beaucoup de choses se passaient dans la tête des gens en fonction de la situation dans laquelle ils vivaient et, le vécu "psychologique" des personnes m'intéressait de plus en plus... .

Alors que je préparais ma maîtrise, une occasion s'est présentée à moi : réaliser mon étude à partir des programmes régionaux de santé. Dans ces programmes, un thème m'intéressait plus particulièrement : la santé des personnes vivant des situations de précarité. Afin d'élargir encore la vision que j'avais de la précarité, je me suis lancée dans cette étude qui correspondait bien à mes aspirations. Ce fut pour moi fort riche d'enseignements. Pour commencer cette recherche, je me suis beaucoup documentée sur la santé et sur la précarité. C'est ce qui m'a permis d'élaborer ma problématique de recherche.

Le Haut Comité de Santé Publique fait état de la mauvaise santé de la population française et s'alarme notamment pour la population en difficultés

économiques et sociales. Cette population, qui fait l'objet de ce rapport présente une santé moins bonne que les populations plus favorisées ; son espérance de vie est plus courte.

La santé des personnes défavorisées est fort complexe ; elle présente un cumul de facteurs de risques (mauvaise alimentation, alcoolisme, toxicomanies...) soit, une mauvaise hygiène de vie en général. Aussi, elle est touchée par un recours aux soins inadaptés, par les représentations que les personnes ont d'elles-mêmes, de la santé et des soins. Encore, ces personnes dont le besoin de prévention est grand y sont les moins réceptives... .

Pour ma part, alors que la santé tend à se traduire en terme de bien-être, je suis interpellée par le profond mal-être de cette partie de la population. Dans son rapport du 11 février 1998 sur la santé, le haut comité de santé publique évoque d'ailleurs la grande souffrance psychique de ces personnes. Ce mal-être est en lien avec la situation de précarité et engendre un regard négatif sur soi, de la dépression, du stress... .

Au fil de mes lectures et de ma réflexion, j'en suis arrivée à me dire que l'identité que se forgent les personnes dans la pauvreté pourrait être une bonne piste de travail au regard de la santé et du bien-être des personnes défavorisées. L'identité... Cela peut paraître fort éloigné de la santé... Pas tant que cela ; en effet, je pense que le regard porté sur soi, sur l'environnement et sur les autres, sont des facteurs identitaires sources de bien-être et qui, malheureusement, ne sont pas épargnés par la pauvreté. C'est donc sur cette identité que repose toute la problématique de cette recherche : retrouver une identité plus positive pour une meilleure santé.

J'habite dans le quartier de Lille-Moulins, un quartier fort touché par la pauvreté et aussi, un quartier fort actif dans le domaine de la santé de ses habitants. C'est donc dans ce quartier que j'ai choisi de réaliser ma recherche et, ce que je veux montrer, c'est que des structures associatives ou centres sociaux peuvent contribuer à l'amélioration de la santé des personnes défavorisées en agissant sur le concept de soi de ces personnes.

Cet exposé a pour but de présenter ma recherche. Avant de présenter la problématique que j'ai abordée, je vais commencer par vous donner quelques repères théoriques nécessaires pour situer clairement le cadre de ma recherche. Ces repères théoriques vont s'axer sur deux domaines : la pauvreté, ce que c'est, quelques chiffres ainsi que son rapport avec la santé puis, l'identité, ce qu'elle représente ainsi que son implication dans la santé surtout au regard des personnes vivant dans la précarité.

Ensuite, j'entrerai au cœur de ma recherche avec la problématique, les hypothèses, mon enquête puis enfin, les résultats que j'ai obtenus.

1. LA PAUVRETE : DEFINITION ET CHIFFRES

Quand il s'agit de population en situation socio-économique difficile, différents termes sont utilisés. Ainsi on parle de défavorisés, de pauvres, de personnes en situation de précarité, de chômeurs, de démunis, d'inadaptés, d'exclus... On se rend compte qu'un problème de définition se pose et, pour cause, les situations socio-économiques difficiles sont très diverses et différentes.

1.1 Définition

Au début du XIX^{ème} siècle, le terme de pauvreté était associé à la morale et au respect de la loi. Elle se rapportait à la paresse, à l'oisiveté, à l'intempérance, à l'incapacité, au vagabondage et à la mendicité. C'était une pathologie sociale dangereuse marquée par la non adhésion aux valeurs du travail, de l'épargne et de la stabilité. Peu à peu, la volonté de comprendre ce phénomène est apparue. Dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, des chercheurs se sont interrogés sur les conditions de vie, sur les causes et les processus de la pauvreté. De nos jours, la réflexion continue.

Tout d'abord, la pauvreté n'est pas qu'une absence de ressources financières ; elle est bien plus et, l'observatoire Régional de la Santé parle de pauvreté multidimensionnelle dans la mesure où elle n'est pas qu'une question monétaire et où elle touche tous les aspects de la vie sociale et privée (santé, logement, éducation, formation...) ¹¹⁴.

Dans cette étude, j'ai retenu une définition : Pour Joseph Wresinski, fondateur d'A.T.D. quart monde ¹¹⁵, *"la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de pouvoir jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible"*.

1.2 Quelques chiffres

Pour le Haut Comité de Santé publique, il y a 15 millions de personnes précarisées en France, ce qui représente 20 à 25% de la population en 1998. On comprend bien que la priorité nationale de 1998 et 1999 ait été la lutte contre les exclusions. C'est d'ailleurs le 29 juillet 1998 que fut mise en place la loi de lutte contre les exclusions.

¹¹⁴ Observatoire Régional de Santé du Nord-Pas-de-Calais (Bernadette Tillard et Michèle Tricart), *Guide Santé Précarité*, novembre 1999.

¹¹⁵ Association Toute Détresse quart monde.

Notre région, le Nord Pas-de-Calais est à juste titre concernée par cette loi dans la mesure où elle a été fortement marquée par la crise économique. Selon une interview de Madame Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité¹¹⁶, ce département compte plus de 61 000 personnes dépendantes des minima sociaux et, 70 000 personnes sans emploi ; encore, beaucoup de sans abri.... La Ministre déclare : *"Cet état des lieux est sévère et préoccupant. Il exprime l'ampleur du phénomène d'exclusion"*.

Voici quelques chiffres relatifs à la région (issus du F.N.O.R.S.¹¹⁷) :

- Un taux de chômage élevé ; 15,3% contre une moyenne de 11,3% dans le pays.
- Presque 240 000 demandeurs d'emploi dont presque 100 000 de longue durée en 1998.
- Presque 5% de bénéficiaires du R.M.I. alors que le pays entier n'en compte que 2,5%.
- 8,5% de bénéficiaires d'aides contre 4,5% en France.
- 310 000 bénéficiaires de l'aide médicale gratuite.

Voici, bien triste, une partie de la réalité contre laquelle la loi contre les exclusions se veut de lutter. Cette loi veut garantir l'accès effectif de TOUS aux droits fondamentaux qui sont l'emploi, le logement, la santé, l'éducation et la culture. Plus particulièrement du côté de la santé, les constats et chiffres ne sont guère moins inquiétants.

¹¹⁶ Interview parue dans le magazine Le Nord, mai 1999, Numéro spécial "Lutte contre les exclusions".

¹¹⁷ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé.

2. La pauvreté et la santé

La santé en milieu précarisé est marquée dans différents domaines : le recours aux soins, les représentations et, les pathologies.

2.1 Un recours aux soins spécifique

Une étude d'Andrée et d'Arié Mizrahi sur les inégalités d'accès aux soins¹¹⁸ montre que les groupes les plus favorisés font plus souvent appel aux soins de villes et aux soins les plus techniques et les plus spécialisés. Les groupes défavorisés recourent généralement aux soins hospitaliers (service des urgences), aux soins de généralistes et aux soins à domicile ; ils pratiquent aussi fréquemment l'automédication.

Les soins ne sont pas moins nombreux pour la population précarisée et, selon P. Aïach¹¹⁹, la mise en évidence de la morbidité en relation avec la consommation médicale ne montre pas l'existence d'une inégalité sociale face à la maladie. La consommation d'actes de santé exprimée en francs est supérieure pour les classes favorisées ; cette supériorité n'existe plus lorsque cette consommation est exprimée en nombre d'actes.

2.2 Des soins repoussés dans le temps et des difficultés psychologiques

Pour la santé, la population précarisée se caractérise par beaucoup de renoncement aux soins et des soins tardifs. Pourquoi ? Les auteurs avancent plusieurs hypothèses :

- Le manque de moyens : Selon une enquête du C.R.E.D.E.S. de 1996, 25,1% des français ont renoncé à des soins au moins une fois dans les dernières années et ce, pour des raisons financières. Les soins faisant l'objet de renoncement sont pour 42,6% des soins dentaires, pour 15,8% des soins ophtalmiques (achat de lunettes) et, pour 13,5% des soins spécialisés. L'aide médicale gratuite (Couverture Maladie Universelle ; C.M.U.) est d'un grand secours mais étant restrictive, des difficultés persistent au niveau de certains soins non pris en compte dans leur totalité.
- Une méconnaissance de ses droits cumulée aux lenteurs et complexités administratives. Selon Michel Joubert, *"l'utilisation du système de santé répond à un apprentissage social qui entre dans une logique de droit"*. Il

¹¹⁸ Mizrahi et Mizrahi, "Inégalités d'accès aux soins", Prévenir - Inégalité Santé Exclusions - cahier d'études et de réflexion, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, 1^{er} semestre 1995, 207pages.

¹¹⁹ Pierre Aïach, "La société au miroir des inégalités de santé", Prévenir - Inégalités Santé Exclusions, op.cit.p.4.

s'agit ici de connaître ses droits et de les faire valoir (savoir que l'aide médicale existe et, connaître et s'engager dans les démarches parfois difficiles pour en bénéficier).

Une enquête datant de 1997 et 1998 a été réalisée par l'I.N.S.E.E. et par ses différents partenaires¹²⁰ et, Cécile Lefèvre, administratrice de l'I.N.S.E.E. et chef du bureau de lutte contre les exclusions de la Direction de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (D.R.E.E.S.), en a fait une synthèse¹²¹. Au final de cette enquête, seuls 76% des R.M.Istes déclarent ne rien avoir à payer quand ils sont malades ; ce pourcentage devrait être de 100%.

Visiblement, les gens sont mal informés et, de ce fait, ils se privent de soins. Avoir recours aux urgences peut résulter du fait que l'hôpital accueille tout le monde et que les démarches ne sont pas aussi complexes qu'ailleurs.

- Une non attention à soi : Une grande importance est accordée à la santé en milieu précarisé (Dans son étude datant de 1969, Claudine Herzlich¹²², montre que, pour les catégories populaires, la santé est l'élément indispensable de la vie dans la mesure où elle permet le travail dans lequel le corps, fortement sollicité, doit être endurant et solide).

Pourtant, ce corps n'est pas écouté, c'est un outil que l'on soigne quand il est cassé et quand le porte-monnaie le permet. On comprend bien ici la difficulté d'accès à la prévention ; pour aller vers la prévention, il faut anticiper, s'intéresser à son corps avant qu'il ne souffre fort... . La prévention semble alors bien abstraite. La prévention est une action de long terme, comment la concevoir avec des personnes qui vivent au jour le jour ?

Pour utiliser le système de santé, des capacités d'écoute de soi, de perception de problèmes sont nécessaires. Pour aller chez un médecin, il faut se rendre compte de la nécessité d'y aller, avoir confiance en la médecine, prendre les médicaments si besoin est... Michel Joubert¹²³ renvoie le problème à des handicaps sociaux et culturels.

- A tout ceci, nous pouvons encore ajouter la stigmatisation. Le sentiment d'exclusion et d'isolement ne favorise pas les démarches de soin. Parfois, la maladie peut être un refuge se substituant et justifiant le rebut social.

¹²⁰ Concernant cette enquête, les partenaires de l'I.N.S.E.E. étaient : la D.I.R.M.I. (Délégation Interministérielle au R.M.I.), la D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), la D.A.R.E.S. (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques), la C.N.A.F. (Caisse Nationale des Allocations Familiales) et, le C.S.E.R.C. (Conseil Supérieur de l'Emploi, des Revenus et des Coûts).

¹²¹ *Revue française des affaires sociales*, n°2, juin 1999, 53^{ème} année.

¹²² Claudine Herzlich, "Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale", cité dans le Guide santé et précarité, op.cit.p.3.

¹²³ Michel Joubert, "Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins", Prévenir - Inégalités Santé Exclusion, op.cit.p.4.

Les populations défavorisées ne recourent pas moins à la médecine ; ils y recourent différemment. Les solutions apportées telles que l'aide médicale gratuite et la couverture maladie universelle sont des solutions économiques aux problèmes d'accès aux soins des personnes en difficulté. Apparemment, elles ne résolvent pas leurs difficultés d'accès aux soins. Ce problème est présenté dans le récent projet de mise en place du programme régional de santé et précarité.

Pour Pierre Surault¹²⁴, il y a plusieurs facteurs de différenciation sociale de santé qui sont interdépendants. Ces facteurs sont les acquis préalables à la vie active (capital culturel et scolaire, économique et social), les conditions de travail (revenu, incidence du chômage et du chômage de longue durée, difficultés d'insertion, précarité de l'emploi...), le cadre de vie et l'environnement, le mode de vie et les comportements. Voilà une des complexités du problème de la santé en milieu précarisé.

2.3 Les pathologies de la précarité

Selon le rapport du Haut Comité de Santé Publique, la précarité est un déterminant de santé. Les arguments mis en avant sont les suivants :

- La probabilité de décès entre 35 et 60 ans est inférieure à 8% pour les professeurs et les ingénieurs ; elle est supérieure à 20% chez les salariés agricoles et les manœuvres (chiffres I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).
- Sur les périodes 81-83 et 89-91, le taux de décès a diminué de 38% chez les cadres et les professions libérales, il n'a diminué que de 2% chez les ouvriers et les employés.

Nous constatons une inégalité au regard de l'espérance de vie. Cette inégalité est à mettre en rapport avec une inégalité au regard de la santé. Les pathologies sont nombreuses et diverses ; elles sont synthétisées dans le guide santé précarité rédigé par l'Observatoire Régional de Santé¹²⁵. En voici quelques-unes :

- **Une espérance de vie plus courte de 3 années** : Cette réduction de l'espérance de vie est à mettre en relation avec les maladies mais aussi avec un vieillissement relatif précoce.

Selon le rapport Mizrahi et Mizrahi, les chômeurs ont un vieillissement relatif (âge relatif en fonction des capacités vitales) supérieur à celui des actifs de 2,4 ans. Pour les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 4500 francs, le vieillissement prématuré est de 2,1 ans.

¹²⁴P.Surault, "Logique économique et inégalités de santé", Prévenir – inégalités santé exclusions, op.cit.p.4.

¹²⁵Guide santé précarité, op.cit.p.3.

- **Des décès précoces par cancer** : Selon des statistiques de l'I.N.S.E.E., la probabilité de décès entre 35 et 50 ans, chez les actifs et entre 1980 et 1989, est de 2,6% pour les professions libérales, de 11,7% pour les manœuvres. Les chiffres "explorent" pour les inactifs : 20,3%. Les raisons de ces différences sont les tumeurs de l'œsophage, des voies aéro-digestives supérieures, les maladies de l'appareil digestif dont les cirrhoses, les maladies respiratoires et circulatoires.
- **Des pathologies typiques d'un profond mal-être** : Une analyse de l'I.N.S.E.E. portant sur l'état de santé des chômeurs entre 1986 et 1988 montre que la santé des chômeurs fait état de maux de tête, de céphalées, de troubles digestifs, de nervosité, d'anxiété et d'angoisse. Ces troubles sont les symptômes d'un mal-être, d'un état dépressif ; il en est de même pour l'insomnie, la fatigue, l'amaigrissement et les douleurs multiples. La précarité engendrerait, pour un quart des personnes concernées, une multitude de troubles reliés aux états psychiques perturbés.

Les études de Dumesnil, Grandfils, Le Fur, Mizrahi, Querouil et Schaezel, du C.R.E.D.O.C., les généralistes... . Toutes citées dans le guide santé et précarité font le même constat et ajoutent bien souvent les problèmes dentaires, les problèmes de vue et de peau et aussi, de l'alcoolisme, des troubles alimentaires et des toxicomanies ; je vous invite à les consulter afin de réaliser l'ampleur du désastre.

Il est à noter que, selon l'A.N.P.E., retrouver un emploi améliore l'état général de santé.

Le mal-être, l'anxiété, la déprime... reviennent pour tous les cas cités... . Ces pathologies se retrouvent chez de nombreuses personnes défavorisées et ce, en proportion non négligeable. Dans son rapport, le H.C.S.P. met en avant ces souffrances psychiques qu'il juge floues dans la mesure où elles ne se classent pas vraiment dans les pathologies. Ce comité présente une réalité complexe du fait que les réponses se trouvent sans doute ailleurs que dans une prise en charge sanitaire.

2.4 La santé des personnes en précarité : un lien fort avec la santé "mentale"

Au cours de ma recherche, une responsable d'un centre d'insertion me parlait du mal-être vécu par les personnes démunies et ce, en lien avec l'environnement : *"Les personnes ont un quotidien déstructuré et déstructurant modelé par l'inactivité et le manque de revenus qui sont sources de mal-être, d'angoisses, de découragements, d'ennui et de démotivation... . Ce cumul de difficultés ouvre la porte à des gestes nuisibles pour la santé, la mauvaise alimentation, le sommeil déréglé, les conduites compensatoires comme*

l'alcoolisme et les toxicomanies qui apportent un peu de bonheur... . Le moral est bas, le corps est fragilisé et ceci génère des maladies physiques et mentales". La pauvreté est un milieu hostile qui regorge de difficultés et de souffrances :

- Des souffrances financières : Ces souffrances ont des répercussions physiques (le cadre de vie est précaire) et psychologiques (baisse de l'entretien de soi, des loisirs, inquiétudes, amoindrissement...). Le cadre de vie influence la santé et pour démonstration, la tuberculose a régressé dès 1850 alors que le vaccin n'a été trouvé qu'en 1944 ; avant, c'est l'amélioration du cadre de vie qui a fait ses preuves.
- Des souffrances liées à l'insécurité : Il y a une insécurité physique par le biais des atteintes faites au corps ainsi que des insécurités psychologiques liées au fait de ne pas savoir de quoi sera fait le lendemain.
- Des souffrances liées à l'emploi : L'absence d'emploi ou l'emploi précaire est source des difficultés financières mais aussi de souffrances psychologiques importantes comme le doute sur ses capacités, le sentiment d'inutilité, la non reconnaissance sociale... . Qui laissent croire à l'individu qu'il n'est bon à rien.
- Des souffrances liées au mépris de soi. L'étude de Serge Paugam¹²⁶ est révélatrice ; l'individu ne peut s'assumer, ni lui, ni sa famille, il a honte, supporte le regard pesant des autres, se sent inférieur et dévalorisé. Il culpabilise, désespère et son estime de soi s'en ressent.
- Des souffrances liées à la solitude et à l'isolement : Castel parle de fragilisation relationnelle. La pauvreté, le manque de revenus et le mal-être excluent la personne des lieux dans lesquels on peut rencontrer les autres (clubs, cinémas, lieux culturels...). Or, les autres font partie de la construction et de l'évolution de tout individu. Le pauvre perd peu à peu ses relations. Il reste socialisé "avec les siens", les autres pauvres... . La pauvreté isole ; la pauvreté extrême le montre bien : c'est le cas des sans domicile fixe.

La solitude pèse sur la santé. Une étude réalisée par le C.R.E.D.E.S. en 1991 et 1992¹²⁷ montre que la vulnérabilité médicale augmente avec le sentiment de solitude.

Au vu de tout ce qui a pu être dit, la santé "mentale" des personnes précarisées me semble avoir un grand impact sur la santé en général ; c'est d'ailleurs cette santé "mentale" qui fait l'objet de mon étude. C'est le moment de citer un

¹²⁶Paugam S., La disqualification sociale –essai sur la nouvelle pauvreté, collection sociologies, P.U.F., 1991, 253 pages.

¹²⁷La Rosa E., Santé, précarité et exclusion, P.U.F., collection le sociologue, 1998, 223 pages.

passage de l'ouvrage d'E. La Rosa¹²⁸ parce que ce passage exprime bien les choses :

".... Quand l'individu a beaucoup de mal à dire sa frustration et son impuissance face à une situation dont il n'a pas la maîtrise (chômage, perte du logement...), ce "*mal à dire*" peut se transformer en mal-être et en souffrances, qui très souvent s'expriment par des symptômes psychiques et physiques socialement acceptables. Il est difficile de dire : "*j'ai mal du chômage*" ou "*j'ai mal du logement*", personne ne comprendra, mais dire : "*j'ai mal au ventre*"... permet à l'individu de retrouver une place, même s'il faut passer par la maladie".

Le monde de la précarité est un monde de souffrances psychologiques qui altèrent non seulement la santé mentale mais aussi la santé physique. En effet, en parallèle aux souffrances psychiques, les populations défavorisées manifestent des pathologies physiques également nombreuses et qui ne s'expliquent pas que par les difficultés financières et le recours tardif aux soins. L'ouvrage de D. Fontana¹²⁹ nous éclaire quant à une relation entre le vécu psychique et le déclenchement de troubles physiques.

Les conséquences sont psychologiques avec des effets sur la cognition (concentration, attention, mémoire, réactions, pensées, baisse de l'estime de soi, démotivation...), les émotions (tensions, détérioration des codes sociaux, hypocondrie...); ils sont aussi physiques. Le stress génère une série de réactions biologiques : libération d'adrénaline, libération de cholestérol pour mobiliser l'énergie, sécrétions d'hormones... et, à fortes doses, ces phénomènes perturbent le fonctionnement normal de notre corps.

Fontana expose les troubles physiques : des conséquences au niveau des reins et de la glycémie, des maladies cardio-vasculaires, des perturbations digestives et respiratoires, de la fatigue, des pertes de poids, des sensibilités accrues aux douleurs, une défense immunitaire amoindrie... Le stress perturbe tout l'organisme et, on comprend bien qu'il est une source de maladies physiques. D'ailleurs, nous y retrouvons des éléments que nous pouvons associer aux pathologies de la précarité.

A ajouter ; nous ne réagissons pas tous également face au stress ; la personnalité de chacun, le sentiment de contrôle sur les choses, la vision de soi, le soutien extérieur... interviennent. Tout ceci disparaît dans le milieu concerné... Le stress devient doublement dévastateur.

Les personnes précarisées sont en plus mauvaise santé que les populations plus aisées. Pourtant, elles ne se soignent pas moins et, ce qui semble peser en leur défaveur, c'est l'hostilité du milieu de vie, le stress et la souffrance psychique. Plutôt que de traiter le problème de la santé en milieu défavorisé par des aides notamment financières, qui, malgré tout ce qu'elles apportent restent insuffisantes, ne serait-il pas plus efficace de porter un intérêt à l'environnement

¹²⁸E. La Rosa, op.cit. p.8.

¹²⁹D.Fontana, *Gérer le stress*, Collection psychologies et sciences humaines, éditions Mardaga-Liège-Bruxelles, 147 pages, 1989.

défavorisé en tant que "puissant stresser" et en tant que générateur de mauvaise santé ?

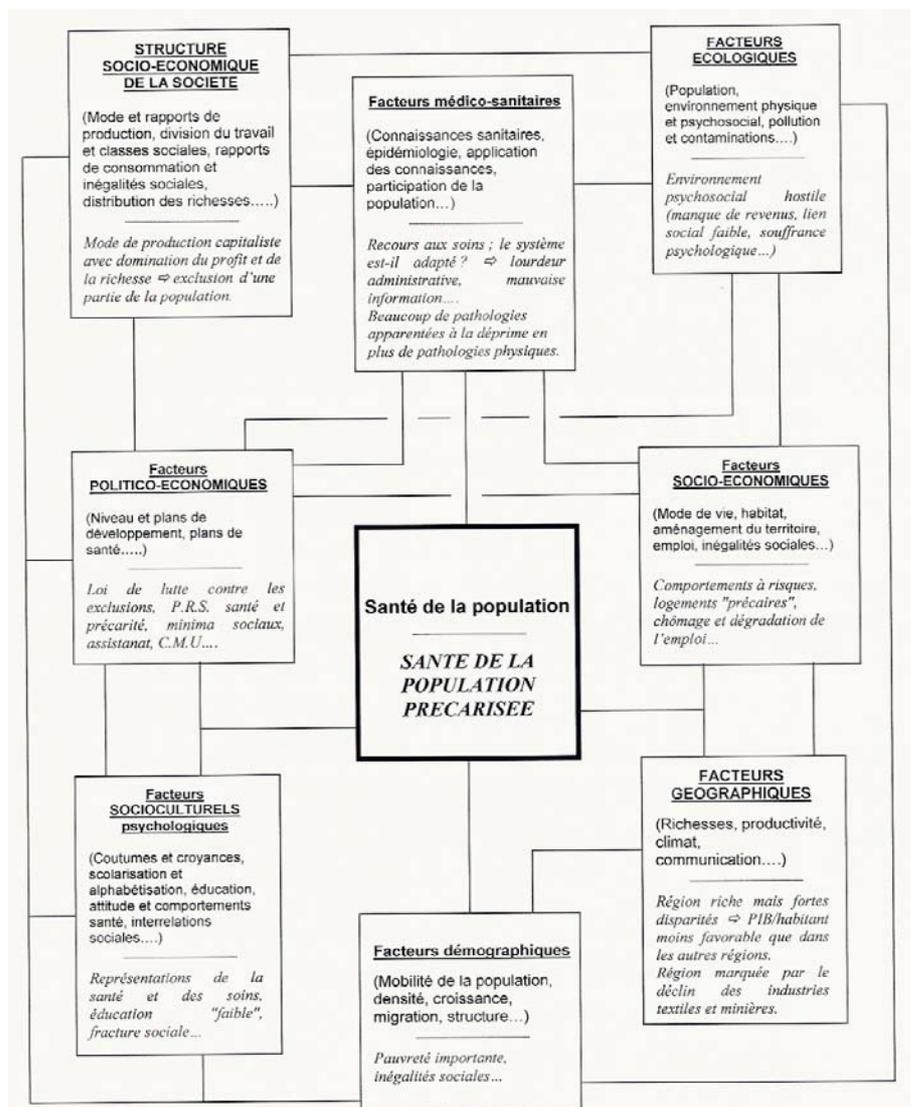
Marc Renaud et Louise Bouchard¹³⁰ ont également abordé cet aspect : *"Des études montrent que si toute la population adoptait des comportements raisonnés, l'espérance de vie s'allongerait mais les différences entre classes sociales persisteraient...il y a autre chose. On soupçonne l'environnement social, économique et culturel de cacher les secrets de la longévité, de la bonne santé et, en particulier des moyens de lutte face au stress. Ces moyens sont associés à l'estime de soi, au sentiment de contrôle qui varient en fonction du statut social et économique"*.

La vie en milieu précarisé regorge de souffrances multiples et complexes. Ce paragraphe, aussi complet qu'il se veut être, n'est pourtant pas exhaustif. Ces souffrances résultent de différents facteurs : le manque de moyens financiers, l'environnement hostile, les difficultés d'emploi, le regard des autres, la perception de soi négative... Ces facteurs sont sources de souffrances et se renforcent les uns les autres en dégradant encore la situation. Ce tout crée un profond mal-être pesant pour la santé physique ou psychologique. Nous pouvons dire qu'un cercle vicieux s'installe.

La santé en milieu précarisé est si complexe que la situation est difficile à décrire avec des mots, c'est pourquoi j'ai choisi, en guise de conclusion de cette partie de présenter un schéma de synthèse. Pour réaliser ce schéma, je me suis inspirée de celui de San Martin¹³¹ sur les déterminants de l'état de santé d'une population que j'ai essayé d'adapter à la population dont il est question dans ce mémoire : la population défavorisée dans la région du Nord Pas-de-Calais. Voici ce schéma :

¹³⁰ Renaud et Bouchard, "Pour un nouveau paradigme de la santé", Prévenir – Inégalités Santé Exclusions, op.cit. p.4.

¹³¹ Schéma présenté dans l'ouvrage de E. La Rosa, op.cit. p.8.



On ne peut pas changer le monde ; ça, je le sais bien ; mais, on peut aider ces personnes à mieux le vivre afin qu'elles puissent mieux l'affronter. J'ai donc choisi, dans cette recherche, de montrer qu'en aidant les personnes à mieux vivre leur souffrance notamment en les aidant à mieux se percevoir dans le monde, on peut les aider à avoir une meilleure santé. Le mépris de soi, la baisse de l'estime de soi, le sentiment d'inutilité... autant d'éléments qui m'ont interpellée car ils sont les fondements d'une existence heureuse, dans le monde, parmi les autres. Tous ces éléments m'ont amenée à m'intéresser à l'identité qui se construit dans la pauvreté. Avant d'aborder ce concept, je vais consacrer un moment à une autre notion que nous utilisons depuis le début sans même l'avoir définie : LA SANTÉ.

3. LA SANTE

Dans les dictionnaires, la santé est définie comme "*un état d'équilibre de l'organisme et, par opposition, la maladie est une altération de cet équilibre*" (Larousse) ; comme "*un état de l'être vivant, et, en particulier, de l'être humain chez lequel le fonctionnement de tous les organes est harmonieux et régulier ; un bon état physiologique*" (Hachette).

Un micro-trottoir réalisé en 1993 à Paris¹³² nous révèle des définitions de la santé conçues par les personnes dans leur quotidien. Pour beaucoup, la santé est l'absence de maladie et de douleur ; être en bonne santé, c'est ne pas être malade. Cependant, cette vision de la santé présente chez un passant sur deux s'étend vers d'autres horizons. La santé n'est pas que l'absence de maladie ! C'est aussi une notion faisant référence à la forme et au moral.

Les passants du micro-trottoir, évoquent le mode de vie sain, la "pêche" et le dynamisme, le moral, les bonnes relations... soit, être bien dans sa peau, ne pas avoir de problème, un bien-être. Deux aspects de la santé se dessinent. La première, dite négative, se rapporte à la maladie et à la médecine. La deuxième dite positive se rapporte à la forme et au bien-être.

Dans cette deuxième conception, l'O.M.S. définit la santé comme "*un état complet de bien-être physique, psychologique et social et, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*". Cette définition, bien que jugée utopiste me semble être un bon axe dans mon mémoire : un bien-être physique, psychologique et social, tout ce que n'a pas la population défavorisée ; voilà son mal-être... .

L'Organisation Mondiale de la Santé rapproche la santé du bien-être... Une question me vient alors à l'esprit ; qu'est-ce que le bien-être ? Je répondrais que c'est ce qui me permet de me sentir bien, d'être satisfaite de ma vie... . A mes yeux, le bien-être peut donc se concrétiser de façon propre à chacun... . La question mérite d'être approfondie.

Dans le dictionnaire, le bien-être est défini comme "*un état agréable du corps et de l'esprit, une situation qui rend l'existence aisée et agréable*". Lauwers distingue quatre dimensions principales du bien-être.

- **La participation** : le bien-être suppose que chaque individu puisse participer à la vie sociale dans ses dimensions formelles (juridique et politique) et aussi dans l'économie, la culture et la vie en communauté.
- **L'intégration** : le bien-être correspond à la capacité de s'adapter à la société et à l'environnement et, d'être prêt à en accepter les pratiques et convictions.

¹³²Pierre Aïach & Nicole Vernazza-Licht, "De la bonne santé, analyse à deux voix d'un micro-trottoir", Revue *Prévenir*, Marseille, n°30, premier semestre 1996, pp 101-113.

- **La satisfaction** : ici, on parle de satisfaction des besoins.
- **L'émancipation** : le bien-être comprend le développement d'une personnalité autonome et faisant face aux contraintes sociales.

Voici la définition qui est donnée par l'auteur en définitive : *"Le bien-être est la mesure dans laquelle non seulement les besoins primaires comme l'alimentation, l'habillement, la santé et le logement sont satisfaits, mais aussi la mesure dans laquelle l'individu participe à la vie sociale, prend part à la culture et les valeurs en vigueur, et peut **s'épanouir pour développer une personnalité autonome faisant face aux contraintes sociales**".*

La définition de l'O.M.S. est, on s'en rend bien compte avec ce que représente le bien-être, très innovante par rapport à la conception traditionnelle de la santé ; elle est d'ailleurs perçue comme utopique par certains auteurs, comme difficile à cerner par d'autres et, comme élitiste par Tones. Le bien-être préconisé par l'O.M.S. en 1946 est précisé dans la charte d'Ottawa en 1986. Dans ce cadre, la promotion de la santé ne relève pas uniquement du secteur de la santé et des soins. Des conditions sont indispensables au bien-être visé.

Il est déclaré dans la charte d'Ottawa que : *"La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable"*. Cette nouvelle façon de voir la santé apporte des thèmes nouveaux dans l'étude du concept. En 1982, Cotton parle de qualité de vie et de dynamisme entre l'individu et son environnement ; le milieu précarisé est touché....

Pour terminer cette approche de la santé, voici la définition que donne E. Berthet de la santé positive que j'ai choisie pour sa clarté et sa précision : *"Une définition positive de la santé doit dans l'état actuel de nos connaissances comporter trois notions essentielles :*

- La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne biologique, psychologique et sociale. Ce qui exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, d'autre part une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.
- La santé sur le plan individuel est la plénitude de vie, le rendement équilibré, l'harmonie totale de la personne humaine. Ceci signifie que toute action sanitaire doit se situer dans le contexte de la vie quotidienne et avoir pour base une bonne connaissance des conditions de vie, des besoins et des aspirations des familles et des communautés.

- La santé suppose l'existence d'une force potentielle de réserve permettant à l'organisme de résister aux assauts qui, tant au point de vue physique que psychique, émaillent le cours de l'existence. Cette force potentielle de réserve est en partie due à notre héritage génétique, en partie acquise par l'application des règles les plus élémentaires de la vie saine qui permet que tous les sujets infectés par un microbe ou un virus ne meurent pas, que tous ceux qui ont à faire face à de graves troubles émotifs ne deviennent pas des névrosés (1983)".

La santé est une grande ambition... . La santé englobe la totalité des personnes, la notion d'épanouissement de la personnalité qui est fortement écrasé dans le milieu précarisé est fort présente et, c'est ce qui m'intéresse particulièrement dans ma recherche. Voilà pourquoi j'aborde maintenant la notion d'identité. En effet, je vois en l'identité perturbée des personnes précarisées une des clés de leur mal-être.

4. L'IDENTITE

4.1 Définition

La notion d'identité varie selon les auteurs et leurs domaines d'étude. Ainsi elle s'oriente vers les identifications du sujet dans l'anthropologie psychanalytique, vers l'autre et les relations interpersonnelles en psychologie sociale et, vers l'emprise de l'idéologie dominante en sociologie. En fait, elle se référerait à tous ces courants.

Dans son ouvrage de recherche et de synthèse bibliographique **Identité – travail – formation**, D. Garnier définit l'identité personnelle comme *"un ensemble de représentations et de sentiments qu'une personne développe à propos d'elle-même et qui est l'expression de sa singularité par rapport aux autres"*. l'identité individuelle apparaît comme la façon dont une personne peut se décrire et se juger, ce qui se rapproche de la représentation de soi que Lionel Bellenger définit comme suit : *"Cette notion correspond à la façon de rendre compte de nous-mêmes : ce que chacun se donne de lui-même comme image en évoquant son espace psychique interne : ce que chacun joue comme rôle aux yeux d'autrui et à ses propres yeux ; lorsqu'ainsi on se voit comme de l'extérieur ainsi qu'on suppose être vu"*¹³³.

Pour Pelletier, la représentation de soi est définie comme *"un contenu formé lui-même de perceptions, d'images, de traits et rôles que s'attribue le sujet ceci formant un ensemble d'informations sur soi. C'est une structure c'est-à-dire manière d'organiser les informations sur soi. C'est encore une tonalité affective qui réfère à l'estime de soi, à la façon dont l'individu se valorise, s'affirme..."*.

Selon Edmond Marc. Lipiansky, *"les diverses facettes de l'identité ne sont pas seulement une représentation de soi mais atteignent l'ensemble de ce qu'est l'individu, les modalités de son existence, les interprétations qu'il en fait et même les écarts à la norme"*. Ainsi, René L'Ecuyer précise que selon les auteurs, le concept d'identité est associé totalement ou partiellement à la représentation de soi¹³⁴.

D'autres auteurs parlent de concept de soi... . Au final, quel que soit le terme utilisé – perception, image, représentation, concept ou conscience de soi -, L'Ecuyer conclut que tous, Américains et Européens, se réfèrent sensiblement aux mêmes contenus : *"Un ensemble de traits, d'images, de sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même, influencé par l'environnement et organisés de façons plus ou moins consistantes"*. Cette

¹³³ Dictionnaire actuel de la formation et du développement personnel, Edition E.S.F. établie par Lionel Bellenger et Philippe Pigallet, collection formation permanente en sciences humaines, 1996, 335 pages.

¹³⁴ René L'Ecuyer, "Les transformations de l'identité personnelle à travers l'évolution du concept de soi chez les adultes et les personnes âgées", Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de Pierre Tap, Editions sciences de l'homme –Privat, 1986.op.cit. p.49.

définition me semble bien adaptée pour parler de la précarité et des répercussions qu'elle peut avoir sur les individus.

Nous pouvons préciser que selon les auteurs, divers éléments apparaissent comme caractéristiques de l'identité, l'un ou l'autre prenant plus d'importance selon l'auteur :

- ❶ Les expériences de vie : L'approche dite phénoménale est orientée sur le vécu expérientiel ; elle utilise les événements qu'ont connu les personnes et les perceptions que ces dernières en ont. L'identité est le produit d'un processus intégrant les différentes expériences de l'individu tout au long de la vie. Deux tendances se dégagent : la tendance sociale et la tendance individualiste. Les partisans de cette approche sont Perron, Rodriguez-Tomé, Zazzo... .
- ❷ Le vécu social : L'approche dite sociale accorde une grande place à l'interaction entre le sujet et le monde qui l'entoure dans la construction de l'identité. Ce monde comprend d'autres individus, des groupes ou des structures sociales. Dès la naissance, le regard de l'autre renvoie à chacun une image, une personnalité, des modèles culturels et des rôles sociaux que le sujet peut accepter ou rejeter mais, par rapport auxquels il ne peut éviter de se déterminer. Les précurseurs de cette approche sont Mead, Sarbin et Wallon et, aussi, Gordon... .
Selon Mead (1934), "le soi en tant qu'objet pour soi, est essentiellement une structure sociale et naît dans l'expérience sociale".
- ❸ La perception individuelle : L'approche dite individualiste cohabite avec les approches phénoménales et sociales. Pourtant, une importance majeure est accordée aux phénomènes internes à l'individu, à la perception individuelle de soi. Ici, les partisans sont Rogers, Combs et Sniggs, Bugental... .
Dans cette approche une attention particulière est portée à la signification du perçu ainsi qu'à la détermination du perçu sur les comportements. Tous les individus ne perçoivent pas les événements et le regard des autres de la même façon aussi, ils y répondent de différentes manières.

Ce dernier aspect axé sur le perçu apparaît comme de grande importance pour les auteurs. En effet, l'identité est une construction mentale qui passe par les perceptions. La perception selon E.M. Lipiansky, comporte deux aspects : l'aspect objectif et l'aspect subjectif. Le premier comprend les caractéristiques pertinentes définissant un sujet et permettant de l'identifier "de l'extérieur". Sont entendus ici comme constitutifs de l'identité tous les éléments de l'état civil, l'appartenance ethnique, la classe, la profession, les rôles sociaux, les idéologies... . Les auteurs qualifient généralement cet aspect objectif d'identité sociale. L'aspect subjectif comprend les notions de conscience de soi et de définition de soi. Sont inclus tous les sentiments et les représentations se rapportant à soi. En général, les auteurs réservent le terme d'identité personnelle pour cet aspect ; ce qui correspond aux définitions de la représentation de soi données au début de ce paragraphe. Ces aspects,

tout en étant distincts, sont indissociables et, E.M. Lipiansky ajoute : "*l'identité résulte donc des relations complexes qui se tissent entre la définition extérieure de soi et la perception intérieure, entre l'objectif et le subjectif, entre soi et autrui, entre le social et le personnel*".

La perception, facteur par lequel passe toute connaissance, y compris la connaissance de soi, apparaît comme fondamentale ; comment une personne en situation de précarité va-t-elle percevoir sa situation difficile ? Comment va-t-elle se percevoir ? Comment va-t-elle percevoir le regard des autres soit, comment va-t-elle se percevoir dans la précarité et quelles en seront alors les conséquences ?

Certains aspects perceptifs m'interpellent par rapport à l'identité de la population étudiée : la population en situation de précarité. Ces aspects sont les suivants : l'estime de soi, la valeur de soi, la confiance en soi et, le positionnement de soi par rapport aux autres. Ces éléments se développent par rapport aux expériences de la vie (succès / échecs), par rapport à ce qu'on pense de soi (positif / négatif) et, par rapport au regard des autres (pensé positif / pensé négatif). Il apparaît que la précarité n'est pas sans influence sur ces aspects.

Dans le dictionnaire actuel de l'éducation¹³⁵, l'estime de soi est définie comme "*la valeur qu'un individu s'accorde globalement*". L'estime de soi est donc un jugement que l'on porte à son propre égard. "*Elle fait appel à la confiance fondamentale de l'être humain en son efficacité et sa valeur*".

Selon Godefroid¹³⁶, l'estime de soi est en étroite relation avec les expériences vécues, notamment celles de l'enfance. Ici, Godefroid fait référence à ce que Mucchielli nomme la relation primitive avec la mère¹³⁷. Un enfant habitué à entendre qu'il fait toujours tout de travers va intérioriser le sentiment d'être mauvais. Pour Mucchielli, la relation primitive avec la mère est un des trois facteurs constitutifs de l'estime de soi. Les deux autres sont les conditions neurophysiologiques qui conditionnent le mode de relation avec le monde et la force du moi et, le travail de comparaison et d'évaluation permanent de nos rapports sociaux (évaluation de notre influence sociale, évaluation de nos actions, de nos succès, de nos échecs). Ces comparaisons et évaluations se réalisent en fonction de la norme sociale et des idéaux.

¹³⁵ Dictionnaire actuel de l'éducation, Rénaud Legendre, Editions Guérin Montréal, 2^{ème} édition, 1993.

¹³⁶ Godefroid J., Les chemins de la psychologie, éditions Mardaga, 1987, 788 pages.

¹³⁷ Du Bus A., L'estime de soi – recherche de repères théoriques, Croix-rouge de Belgique/service éducation pour la santé, 1998, 29 pages.

L'estime de soi est un besoin fondamental décrit par Maslow¹³⁸, cet élément fait partie de la réalisation de soi. Se sentir aimé et reconnu est nécessaire à tout être humain ; Cela fait partie de son bien-être. L'être humain recherche constamment cette reconnaissance de l'autre et, pour Lipiansky, cette recherche s'effectue à différents niveaux : c'est d'abord un besoin de se sentir exister ainsi que d'être pris en compte et écouté, c'est aussi le besoin d'avoir sa place dans un groupe et de faire partie d'un "nous" (notion de conformité), c'est encore le besoin d'approbation et de valorisation (avoir une image positive est un enjeu de la communication sociale) et, c'est enfin le besoin d'individuation (être reconnu et accepté tel que).

Lorsqu'il développe l'estime de soi, Godefroid affirme que *"ce besoin peut constituer une force des plus puissantes dans les comportements humains"*. Cet énoncé sollicite mon attention dans cette recherche orientée vers l'éducation à la santé.

Rappelons que l'éducation à la santé, la prévention et la promotion de la santé, visent les comportements dignes d'une bonne santé. L'éducation à la santé se doit donc de porter une réflexion sur les comportements humains : Quels sont les moteurs de nos comportements ? Qu'est-ce qui conduit l'individu à adopter des comportements à risques ou des comportements bénéfiques par rapport à la bonne santé ?... . Cette réflexion devrait pouvoir aider les acteurs de la santé à mieux cibler leurs actions dans un souci d'efficacité et de bonne santé pour la population.

L'estime de soi et tout ce qui gravite autour (valorisation, confiance en soi, bien-être psychologique....) seraient des déterminants de nos comportements et donc, des déterminants de santé. Dans le domaine de la santé, l'estime de soi fait partie de la santé positive et du bien-être qui ont été présenté au tout début de ce chapitre.

L'estime de soi fait partie des objectifs du P.R.A.P.S., programme de santé mis en place pour les personnes vivant dans la précarité en France. Un objectif de ce programme est : *"faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé"*. Pour cet objectif : *"faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient une meilleure estime d'elles-mêmes"*.

¹³⁸ Selon Maslow (1908 – 1970), la voie vers la réalisation des potentialités de l'individu passe par différents besoins hiérarchisés qui sont les suivants : les besoins physiologiques (faim, soif, oxygène...), les besoins de sécurité physique et psychologique (logement, avenir...), les besoins d'affection et d'acceptation (attachement, amour...), les besoins d'estime (compétence, approbation, reconnaissance...) et, enfin, la réalisation de soi. Selon Maslow, seuls 10% des individus atteignent leur réalisation, les autres en restent à la recherche de la sécurité ou de l'affection.

4.2 Identité et pauvreté

L'identité des personnes vivant des situations difficiles réunit plusieurs auteurs autour de l'idée qu'elle perturbe le soi et, aussi, la santé. S. Paugam énonce *"une profonde déstructuration de l'identité"*¹³⁹. Quand ils parlent de bonne santé, Renaud et Bouchard¹⁴⁰ présentent l'environnement social et culturel comme facteur d'influence sur les moyens de lutte face au stress : l'estime de soi et le sentiment de contrôle.

Selon leur domaine d'étude l'identité de la pauvreté est abordée sociologiquement avec la notion de façonnage de l'identité par l'idéologie dominante¹⁴¹ ; les pauvres assimilant une interprétation de la place qu'ils occupent dans la société ne perçoivent pas l'influence des déterminismes sociaux sur leurs destinées individuelles et, ils ont tendance à justifier la discrimination et l'exploitation qu'ils subissent par leur manque de capacités ou par leur manque de chance soit, "par leur propre faute". C'est ce que les auteurs appellent l'identité stigmatisée qui n'est qu'une illusion d'identité.

L'identité de la pauvreté est encore abordée sous l'angle psychologique. Paugam¹⁴² pense que la pauvreté marque profondément l'identité : *"la pauvreté est constitutive d'une identité négative... . La précarité engendre repli sur soi, humiliation, désarroi et ressentiment... . Pour les personnes, il y a sentiment d'infériorité, non participation à la vie sociale, absence de perspectives professionnelles et perspectives de grosses difficultés financières, sentiment accablant d'échec qui fait honte, sentiment de malaise face à la situation et, profonde amertume avec l'idée d'injustice"*.

Les propos du Haut Comité de Santé Publique tenus sur l'ampleur de la souffrance psychique dans les milieux défavorisés se poursuivent ainsi : *"Cette souffrance là devient nuisible parce qu'elle induit une rupture, une perte des capacités, une inhibition, une altération de l'image de soi et de la relation à l'autre renforcée par la honte et le mépris"*. La situation de pauvreté ne permet pas à l'individu de reconnaître en lui une certaine valeur. Tout contribue à dégrader sa dignité. Dans une telle situation, l'individu, pour qui tout semble échouer, a le sentiment de ne pas être à la hauteur.

Le regard sur soi est profondément blessé et, le regard de l'autre porte également la marque de cette blessure : ce regard est supposé chargé de jugements ; la personne pense que sa situation se voit et que les autres ne voient que ça. La lourdeur attribuée à ce regard de l'autre amplifie encore l'altération de soi de la personne.

S. Paugam aborde de nombreux aspects de la pauvreté, notamment des aspects en rapport avec l'identité et l'image de soi. Ainsi, il évoque la

¹³⁹S. Paugam, op. cit. p.8.

¹⁴⁰Marc Renaud et Louise Bouchard, op. cit. p.9

¹⁴¹Lipiansky, Tobaada-Leonetti et Vasquez, "Introduction à la problématique de l'identité" et Lipiansky, "Identité subjective et interaction", *Stratégies identitaires*, P.U.F. – psychologie d'aujourd'hui, Paris, 1990, 242 pages.

¹⁴²S. Paugam, op.cit. p.8.

désignation et l'étiquetage dans l'assistance sociale. L'expression "carrière morale des assistés" utilisée par S. Paugam prend ici tout son sens ; d'abord rejetée, l'assistance s'accepte au fil des temps puis est revendiquée avec baisse de la motivation au travail. S. Paugam présente une assistance sociale qui peut être une épreuve difficile et qui peut avoir des répercussions sur la représentation que l'on a de soi. Bénéficiaire d'une aide sociale, c'est montrer sa dépendance et donc, renforcer son sentiment d'infériorité.

A ce sujet, le sociologue cite Jeannine Verdes Leroux : "Accepter l'assistance, c'est accepter d'être catalogué comme pauvre, adopter un statut dévalorisé, avoir son infériorité, accepter le contrôle de sa vie privée et, enfin, bénéficier d'un système discrédité et supporter le discrédit qui s'y attache". Désignation et cet étiquetage sont domination, humiliation et atteinte sur la personne ; ils ne sont pas sans conséquence sur les individus. Une fois étiquetée, la personne cesse d'être elle-même en tant qu'individu avec ses particularités, ses émotions, ses manières d'être ; elle devient tout ce que véhicule cette étiquette, cette catégorie qui colle à la peau.

4.3 Identité et santé

Dans un rapport sur la santé et la qualité de la vie pour le Ministère de l'environnement et de la qualité de la vie en 1978, la relation entre la santé et l'identité est mise en évidence par Claude Leroy. Selon lui, *"tout facteur diminuant l'identité, tant au niveau de l'individu que du groupe, est potentiellement pathogène"*. Il précise que toute clôture du système dans lequel vit l'homme va réduire ses potentialités.

C. Leroy expose les facteurs influençant la santé et l'identité. D'abord, il cite la pauvreté qui "est certainement la variable la plus limitante sur les potentialités d'expression.... On note : écrasement de l'individu, diminution de l'espérance de vie, anomie sociale, chômage, mauvais habitat, etc.... Il en est de même au niveau de la santé physique ou mentale. De plus, le système pathogène s'entretient par inertie". C'est dans ce sens que Serge Paugam émet une relation entre la pauvreté et l'identité perturbée¹⁴³

Dans un autre article¹⁴⁴, Catherine Fabre cite : "Les populations défavorisées ne présentent pas de pathologie spécifique mais un cumul de problèmes intriqués d'ordres physique et psychique perturbant l'insertion professionnelle et sociale. Les pathologies de la pauvreté sont en relation avec l'absence de ressources mais aussi, autre que l'économique, avec l'identité individuelle et sociale, les possibilités de maîtrise du mode de vie, la confiance en l'avenir...".

Toute la théorie que je viens de présenter a été nécessaire à l'élaboration de la problématique de ma recherche. Cette problématique fait l'objet de la partie suivante.

¹⁴³S. Paugam, op.cit p.8.

¹⁴⁴C. Fabre, "Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées", *Prévenir, Inégalités santé exclusions*, op.cit.p.4.

5. LE CADRE DE MA RECHERCHE

Mon idée était de montrer qu'une amélioration de l'identité des personnes précarisées pouvait leur apporter du mieux-être et une meilleure santé. Comment montrer cela ?

5.1 *Lieu de la recherche*

J'habite le quartier de Lille-Moulins. Ce quartier est fortement défavorisé ; il est aussi fort actif dans les domaines de la santé et du mieux-être. Une fois par mois, les acteurs concernés se réunissent dans le Groupe Actions et Promotion de la Santé pour réfléchir et mettre en place des actions en faveur de la santé de la population du quartier.

En fréquentant ce groupe, j'ai pu découvrir quelques-unes des nombreuses associations et structures du quartier. J'ai eu envie d'effectuer ma recherche au sein de certaines de ces structures choisies selon le fait qu'elles étaient susceptibles d'agir sur l'identité des gens précarisés qui les fréquentaient :

- Le C.A.S.P. de l'armée du salut (une association permettant aux personnes défavorisées de faire du sport ; le sport pouvant contribuer à redynamiser les personnes et agir sur leur personnalité).
- Le club santé du centre social Marcel Bertrand (une structure d'accueil, de rencontres, d'écoute et d'aides diverses).
- La vesti'boutic de la croix rouge (une boutique de vêtements à prix modérés pouvant agir sur l'image de soi par le biais de l'habillement avec une non assistance totale puisque les personnes y ont un pouvoir d'achat). La recherche n'a pu pour différentes raisons être effectuée dans cette dernière structure.

A partir de là, je me suis demandé comment je pouvais montrer que les structures peuvent agir sur l'identité des personnes précarisées. Au fil de mes lectures, j'avais eu la chance de m'intéresser aux ouvrages de René L'écuyer. Cet auteur a beaucoup écrit sur le concept de soi. Ce concept a été mon outil tout au long de ma recherche.

5.2 Le concept de soi selon René L'écuyer

René L'écuyer a effectué 30 années de recherche afin de décrire le soi et d'en définir les différents aspects. Pour ce faire, il a procédé à de nombreux entretiens basés sur la méthode du Who Are You (la méthode W.A.Y.). En demandant aux gens de décrire qui ils sont, il a pu repérer les divers éléments constitutifs du soi. Ces éléments sont représentés dans le tableau suivant :

Soi matériel	Soi somatique	Traits et apparence physique Condition physique et santé
	Soi possessif	Possession d'objets Possession de personnes
Soi personnel	Image de soi	Aspirations Enumeration d'activités Sentiments et émotions Goûts et intérêts Capacités et aptitudes Qualités et défauts
	Identité de soi	Dénominations simples Rôles et statut Consistance Idéologie Identité abstraite
Soi adaptatif	Valeur de soi	Compétence Valeur personnelle
	Activités du soi	Stratégies d'adaptation Autonomie Ambivalence Dépendance Actualisation Style de vie
Soi social	Préoccupations et attitudes sociales	Réceptivité Domination Altruisme
	Références à la sexualité	Références simples Attrait et expériences sexuelles
Soi non soi	Références à l'autre	-
	Opinions des autres sur soi	-

Le concept de soi selon René L'écuyer

Lorsque j'ai pris connaissance de ce concept de soi, j'ai pu constater que toutes les catégories énoncées étaient touchées par la précarité. En effet, le corps se dégrade en lien avec les difficultés financières, physiques et psychologiques ; les personnes connaissent aussi le dénuement et l'isolement ; c'est le soi

matériel qui s'en trouve dégradé. Au point de vue du soi personnel, nous avons toutes les catégories relatives aux aspirations, aux capacités, aux rôles... . Les apports théoriques nous l'ont confirmé, ces aspects sont eux aussi tous touchés par la précarité. De même pour le soi adaptatif avec des sentiments d'incompétence et de non valeur. Pour le soi social, ce sont toutes les relations aux autres qui sont entravées par les situations de précarité. Enfin, pour le soi non soi, nous avons pu voir que la personne précarisée vit très lourdement le regard des autres.

Ce concept de soi me montre encore une fois comment la précarité dévaste l'identité. Ce concept de soi m'est apparu comme un excellent outil pour ce que je voulais faire. Pour montrer que les structures choisies pour mon enquête agissaient sur l'identité et donc sur le concept de soi des personnes défavorisées, il me suffisait donc de montrer qu'elles agissent sur chacun des éléments du concept. J'ai donc pu mettre en place ma problématique et mes hypothèses.

5.3 Problématique et hypothèses

Faire une recherche en sciences sociales, c'est aller chercher des éléments dans le réel afin de répondre à une question. Dans l'objectif de recueillir les éléments de réponse adéquats à la question, le chercheur doit mettre en place une stratégie de recherche rigoureuse et scientifique ; c'est ce qui confèrera à la recherche sa validité. Ce point est consacré à la mise en œuvre de ma recherche ; il va présenter la réflexion initiale que j'ai menée sur le sujet, la question que je me suis posée ainsi que les hypothèses me permettant de répondre à cette question. Il va également présenter le type d'enquête qui est utilisé pour le recueil des données.

Les chiffres et constats relevant du domaine de la santé en milieu défavorisé parlent d'eux-mêmes : un problème fait que les personnes vivant dans la pauvreté sont en moins bonne santé que les autres... . C'est au nom de ce problème et de cette injustice que j'ai choisi de réaliser cette recherche sur le thème de la santé et de la précarité ; bien sur, je parle ici de la santé dans son sens global : le bien-être.

Les personnes défavorisées sont en moins bonne santé que les autres... . A priori, on pourrait penser que ce constat est lié à la faiblesse des revenus : moins d'argent pour se soigner, pour se loger, pour se nourrir...convenablement. Ces facteurs ont leur influence, certes, cependant, je rejoins beaucoup d'auteurs en pensant que le problème est plus profond que l'aspect purement économique ; nous avons pu le voir, ces personnes ne se soignent pas moins.. En effet, les conditions de vie des personnes défavorisées qui sont aussi bien matérielles que psychologiques me semblent bien peu favorables à leur épanouissement, à leur bonheur et, aussi, à leur bonne santé.

Pourtant, à l'heure actuelle, c'est cet aspect économique qui retient les attentions des politiques avec la mise en place d'aides matérielles relatives à l'accès aux soins et à la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.). Il y a 12 ans, dans la même lignée, nos politiques avaient instauré le R.M.I.. En 12 ans, les choses ont peu changé. Qu'en sera t-il après 12 années de C.M.U. ? Les personnes démunies seront-elles en meilleure santé ? Je reste peu convaincue à ce sujet.

Minima sociaux, R.M.I., C.M.U., sont des systèmes d'assistance certes indispensables ; heureusement qu'ils existent... Cependant, ils sont insuffisants car éloignés des difficultés liées au psychisme voire dangereux si l'on considère leur impact psychologique. Il est bon de rappeler ici que dans la majorité des cas, les problèmes de santé des personnes précarisées relèvent plutôt de troubles psychologiques.

Tout le mal-être ressenti par les publics défavorisés est en grande partie lié au mépris de soi, au manque d'estime de soi, à la dévalorisation de soi... des éléments que je relie à l'identité et au soi. Une personne qui vit dans la pauvreté se forge, au fil des temps, au fil des obstacles et difficultés diverses, une "identité de pauvre" marquée par la dévalorisation, l'incapacité, l'infériorité et le rejet. L'assistantat peut participer, lui aussi, à ce processus et, le psychologique s'en trouve fortement amoindri. Cette approche de l'identité m'a donc conduite à l'utilisation du concept de soi décrit par R. L'Ecuyer.

Plus haut, je parlais de la C.M.U. ; ce système permet des soins mais n'enraye pas le mal-être lié au milieu de vie et au statut de "pauvre". C'est pourquoi je recherche, dans cette étude, un autre type d'aide, sûrement complémentaire à la mise en place de la C.M.U. et, visant la santé globale facteur de bien-être et aussi d'insertion..

Consécutivement à ma recherche théorique et à ma réflexion, j'en suis arrivée à me dire que l'aspect matériel n'est qu'une facette de la pauvreté et, surtout, que ce n'est qu'une facette de la santé des populations défavorisées. Je pense que pour s'en sortir, pour se sentir mieux, pour avoir une meilleure santé et, pour mieux s'intégrer, un individu précarisé doit aussi retrouver sa dignité, le respect pour soi et la confiance en soi ; soit, améliorer la conception qu'il a de lui-même.

Je pense que des structures peuvent aider un public démuné à avoir une meilleure santé. Pourtant, dans ces structures, on ne soigne pas à proprement parler ; dans ces structures, les personnes peuvent être écoutées, peuvent s'exprimer, peuvent être prises en considération en tant qu'êtres humains, peuvent faire des choses et en tirer satisfaction... Tout ceci leur apporteraient une représentation de soi plus positive, un mieux-être et donc, une meilleure santé psychique et, physique. C'est ce que j'ai voulu montrer ici, par l'intermédiaire du C.A.S.P. et du club santé.

Mon objectif est donc ici de cerner l'évolution de l'image de soi qui peut se produire grâce à la participation aux activités d'une structure. Voici donc la question de départ que je me suis posée :

Des structures telles que le Centre d'Activités Sportives Permanentes de l'Armée du salut, telles que le club santé du centre social Marcel Bertrand ou telles que la vesti'boutic de la Croix-rouge peuvent-elles amener des personnes en situation de précarité à modifier les perceptions et croyances qu'elles ont vis à vis d'elles-mêmes ?

La réponse que j'ai posé hypothétiquement à ma question de recherche est la suivante :

Des structures comme le C.A.S.P. de l'Armée du salut, le club santé du centre social Marcel Bertrand et la vesti'boutic de la Croix-rouge participent à l'amélioration du concept de soi des personnes précarisées, condition indispensable au bien-être physique, psychologique et social.

Afin de tester cette hypothèse, je l'ai décomposée afin d'intégrer les composantes. Ces composantes découlent directement du concept de soi élaboré par René L'Ecuyer, à savoir :

- La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore les perceptions que ces personnes ont de leur corps et de ce qu'elles possèdent : le soi matériel selon René L'écuyer.
- La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore l'image qu'elles ont d'elles-mêmes ainsi que leur identité : le soi personnel selon René L'écuyer.
- La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore les capacités d'adaptation qu'elles ont : le soi adaptatif selon René L'écuyer.
- La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore leurs rapports sociaux : le soi social selon René L'écuyer.
- La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore la perception de l'autre : le soi non soi selon René L'écuyer.

5.4 Mon enquête

Je voulais savoir si les personnes avaient une meilleure représentation d'elles-mêmes et si elles se sentaient mieux depuis qu'elles fréquentaient les structures. Pour avoir des réponses, il fallait que je le demande aux usagers mêmes des structures tout en axant mes questions sur les différents aspects du concept de soi. Ma recherche d'information s'est donc faite par entretiens auprès des usagers des structures.

Selon Blanchet et Gotman¹⁴⁵, *"L'entretien constitue un fait de parole dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information contenue dans la biographie de B. L'information a été vécue, elle a été assimilée et subjectivée. Il vise la production d'un discours linéaire sur un thème donné. L'entretien s'utilise pour aborder des faits psychologiques et sociaux, les représentations, les pratiques sociales dont la parole est le vecteur"*. Ce qui correspond bien à l'enquête que je souhaitais réaliser.

Selon cet auteur, *"L'entretien est une rencontre. S'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnus et donc de risques inhérents au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire et non pas seulement d'un prélèvement d'informations"*.

Pour ce public, j'ai opté pour des entretiens semi-dirigés partant d'une question générale. Ce type d'entretien correspond bien aux données que je souhaite recueillir et, au public concerné qui, je le rappelle, est un public vivant dans la précarité qu'il ne s'agit pas de stigmatiser plus. J'ai interrogé quatre personnes par structure ; des hommes, des femmes, des jeunes, des moins jeunes... l'identité, cela concerne tout le monde !

J'ai également pris quelques dispositions selon l'ouvrage de Blanchet et Gotman ; très brièvement : des entretiens sur les lieux des structures ; prise de connaissance avec les usagers afin qu'ils se familiarisent avec moi ; des explications claires et précises quant à ma présence ; présentation en tant qu'étudiante habitant dans le quartier ; entretiens uniquement avec des personnes volontaires et, entretiens axés sur la structure et ce qui y est fait afin de placer les personnes en position valorisée. Ainsi, j'ai tenté de réunir le plus de conditions possibles pour que les personnes se sentent en confiance et, pour que l'écart social ne soit pas trop grand.

Une fois le recueil des données réalisé, j'ai utilisé une grille de codage élaborée à partir du concept de soi résultant de l'analyse de René L'écuyer. Cette grille de codage se rapporte aux différents éléments ou thèmes du concept de soi. Cette grille de codage m'a permis d'associer chaque partie de discours aux différents aspects du soi et ainsi, j'ai pu me rendre compte des aspects du soi touchés par le fait de participer à la structure.

¹⁴⁵ Alain Blanchet et Anne Gotman, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan université, collection sociologie 128, Paris, 1992, 125 pages.

6. MES RESULTATS

Ma grille de codage étant bâtie selon le concept de soi de René L'écuyer, mes résultats sont présentés en fonction des catégories de ce concept.

6.1 Le soi matériel

Le soi matériel comprend toutes les références aux corps et aux différentes possessions auxquelles la personne s'identifie d'une manière ou d'une autre. L'auteur distingue les sous-structures "soi somatique" et "soi possessif".

■ Le soi somatique

Le soi somatique regroupe toutes les allusions au corps ; deux catégories sont identifiées : Les traits et les apparences physiques (description du corps, références aux tenues vestimentaires, à la mode...) et, la condition physique et la santé (état général, façon de se sentir, maladies, sensations corporelles, l'attention à la santé et aux moyens de la préserver, l'évolution du corps...).

En ce qui concerne les traits et apparences physiques, j'ai pu constater que le fait de participer à l'une ou l'autre des structures permettait aux personnes de modifier leurs apparences et d'y faire plus attention. Ce changement porte sur un habillement plus soigné, du maquillage, des régimes.... Les personnes se voient autrement, elles se sentent mieux dans leur corps et ceci a une grande répercussion psychologique qui est un mieux être :

*"Je m'habille.... S'habiller aussi ça fait des choses, c'est important",
"J'me vois plus pareil. J'ai changé, j'me vois mieux, j'm'aime mieux".*

Changer son apparence, c'est mieux se percevoir, c'est donner quelque chose de mieux au regard des autres ; c'est se sentir moins "pauvre et nul et laid", c'est se sentir mieux. Aussi, le fait de se sentir mieux par quelques petits gestes sur son corps aide à prendre encore plus soin de soi :

*"J'me vois plus pareil. J'ai changé et j'me vois mieux... En venant au centre j'avais repris confiance en moi. J'recommenceais à bien m'habiller, à me maquiller, à faire attention à moi ; Alors attention, dès que j'ai des cheveux blancs, c'est la teinture et tout, chose que j'faisais plus hein depuis longtemps... Faire attention à moi euh, tous des petits trucs comme ça qu'on sait plus faire, qu'on fait plus attention et **qui font pourtant tant de bien**. Tout le monde voit le changement".*

Pour la condition physique et la santé, chacun présente un mieux être depuis l'accès à la structure. Ce mieux-être est abordé dans des

dimensions physiques, psychologiques, sociales et environnementales. Les propos s'orientent vers trois aspects.

En premier lieu, les personnes interrogées ont une vision de la santé très globale ; le psychologique est le plus important :

"Point de vue santé, ça revient un petit peu à... me sentir mieux, mieux me regarder enfin, j'sais pas si j'm'explique bien, j'm'aime mieux parce que j'me sens mieux, j'ris, j'fais des choses... C'est ça une meilleure santé" ; "Au club santé, c'est pas forcément toujours santé santé quoi... C'est vrai que ça s'appelle club santé mais on voit tout en fait, les enfants, l'alimentation, la violence... Pour mon cas, l'essentiel est de se sentir bien et c'est c'que j'recherche avec le club santé".

En deuxième lieu, les structures influencent la forme et les habitudes de vie :

"... Qu'est-ce que ça m'apporte ?... Ca m'apporte le tonus... Me remettre en forme ouais. C'est surtout ça".

"Ca m'a fait arrêter de boire, arrêter de me droguer, de traîner... . En fait t'oublies tout en fait, t'oublies tous tes problèmes. T'es bien... . Bah, la santé, elle est plutôt bonne". "(Avant) j'buvais beaucoup d'alcool et puis, j'mangeais pas. Ici, je mange matin, midi et soir... **Avant tu ne mangeais pas correctement ?** C'est pas que j'mangeais pas, j'pouvais manger mais, quand t'es tout seul, t'as pas envie de manger. T'y pense pas et t'as pas envie de faire à manger, ça sert à rien. Ca sert à rien, t'es tout seul. Tu manges des gâteaux, tu, tu grignotes et puis, tu bois aussi. Oui, c'est pas sain. Là, tu manges entre copains donc tu parles, tu manges, t'as envie et tu manges comme ça en fait. Avec le plaisir".

"Quand on a fait l'équilibre alimentaire euh, j'ai vu qu'on ne mange pas toujours ce qui faut et, euh, ça m'a appris quand même pas mal de choses, bien manger, mieux cuisiner, faire le budget quand on a peu d'argent... . Ca apporte une autre façon de s'alimenter... . Je fais plus attention quand je fais les courses et la cuisine, j'essaye de cuisiner autrement pour une meilleure santé".

Alors qu'il est souvent dit que les personnes précarisées vivant au jour le jour ont du mal à se projeter dans l'avenir et que la prévention est donc difficile à amener (faire quelque chose aujourd'hui pour préserver ma santé de demain), les personnes interrogées au club santé me montrent qu'elles ont acquis des gestes préventifs... . On peut noter l'importance de la santé des enfants.

Enfin, en dernier point, les personnes témoignent dans leurs discours d'une nouvelle façon de consommer les soins ; alors qu'elles avaient

tendance à se rendre aux urgences pour le moindre bobo, elles le font moins :

"Bah déjà moi, ma santé... Je vais pas plus chez le médecin mais, comment j'veis dire, j'fais plus attention à moi déjà. Et... j'veis plus non plus, bon bah, maintenant ils sont plus grands, mais, c'était souvent bon bah, y a quoi que ce soit avec les enfants, bon bah, on court à Saint Antoine. Hein, j'veis pas chez le médecin traitant euh, Saint Antoine, c'était tout près, ça va plus vite hein euh bien que j'étais pas toujours d'accord avec eux mais, j'y allais pour un oui et pour un non. Bon bah ça, après, j'ai plus fait du tout quitte à appeler un autre médecin que le mien. Bon, on a travaillé dessus, on a visité Saint Antoine, on a parlé avec des médecins de Saint Antoine... Bon maintenant j'y vais pour ce qu'il faut, les grandes coupures, ce qu'on peut pas faire chez le médecin. En fait, j'ai appris à voir la gravité des choses et à faire avec, l'hôpital ou le médecin. On panique moins".

■ Le soi possessif

Le soi possessif regroupe tous les éléments qui peuvent être appelés miens, qu'ils soient objets ou personnes. Deux catégories apparaissent : la possession d'objets (l'auteur y place les discours qui se réfèrent aux objets animés ou non que possède la personne comme les animaux, les vêtements, l'argent, les besoins, le salaire....) et la possession de personnes (.sont placées ici les références aux personnes significatives : mon mari, mes parents, mon médecin, mon groupe de travail... . Ici les pronoms et adjectifs possessifs sont importants).

Pour la catégorie "possession d'objets", les usagers évoquent la gratuité, l'accès à des loisirs, à des activités, à des vacances, à des services, à l'emploi (Ex : Contrats Emploi Solidarité dans les structures), aux formations... . On voit une plus grande facilité de vivre au quotidien ; la structure aide sans faire de l'assistantat ; les gens le disent, on ne leur donne pas des choses, on les aide à les obtenir :

"On n'a pas besoin de financer pour faire du sport. Comme j'ai pas les moyens... . J'ai jamais pu faire de sport par rapport aux moyens".

"Bon et puis après j'ai eu, y a E. qui m'a dit que je pouvais être aidée pour partir en vacances, j'étais pas partie en vacances depuis j'sais pas combien d'années. Bon, mon mari était au chômage, j'avais cinq enfants, c'est sur que c'est dur de s'offrir des vacances. Donc ça, les vacances, les sorties, ne serait-ce que de venir ici pour le concours de belote et que je joue pas, c'est sur que ça m'a apporté un changement. Ça change de l'ordinaire ; pour moi personnellement et aussi pour mes enfants. Ils sont allés à la belote, aux vacances, ils sont plus écoutés. Ils ont eu de belles vacances plusieurs fois que jamais j'aurais pu leur payer toute seule ; c'est grâce au centre. Il y a des subventions tout ça, ça revient moins cher.. jamais, mais alors jamais, au grand jamais on aurait pu faire ça. Ça aussi c'est important

pour une personne, pour une famille de pouvoir partir en vacances, de quitter un peu le quartier, de changer d'air. Puis bon, mon fils il a connu le judo parce qu'il venait ici au C.L.S.H. et il y avait un animateur qui faisait du judo donc euh, bon, il a continué. C'est des choses, des activités que j'aurais pas pu donner seule à mes enfants".

"Sans le centre, j'aurais pas cet emploi ainsi que les formations qui me plaisent... . D'abord j'ai été en contrat C.E.S. pendant une année qui a été renouvelée ; c'est là que j'ai pu faire un peu de formation, de l'accueil, du remplacement de femme de ménage, j'ai fait de tout. Le nouveau contrat est un poste d'adulte relais, c'est plus pour accompagner les personnes ; c'est plus ce que j'aime".

Dans ce point sur la possession d'objets, les personnes témoignent d'une meilleure perception d'elles-mêmes grâce au fait de pouvoir faire des choses comme les autres ; elles se sentent ainsi moins "pauvres" et, j'ai pu noter une grande importance accordée au fait de pouvoir apporter des choses à ses enfants.

Pour la catégorie "possession de personnes", on assiste à un élargissement des connaissances, un sentiment de groupe et de solidarité. La perception de soi se trouve renforcée par la naissance d'un sentiment d'existence. De plus, le fait de se faire des relations notamment avec d'autres personnes en difficulté aide chacun à mieux vivre ses propres problèmes ; il y a extériorisation des problèmes et comparaison, ce qui permet à chacun de relativiser sa situation :

*"Ca se prépare sur deux jours et puis **on est entre nous, on rigole et ça nous apporte** quand même pas mal de choses".*

"Je crois que tout le monde a autant de problèmes que moi... Rien que d'en parler c'est déjà un soulagement".

"Au C.A.S.P., c'est plus facile... On est tous pareils et puis basta".

"Ca me rassure... Y'a certainement plus de solutions dans plusieurs têtes".

Les personnes, au contact des autres, se sentent moins seules face à leurs problèmes, ce qui les aide à mieux les gérer et les surmonter. En plus, les gens se soutiennent et se conseillent entre eux. C'est du stress qui s'amointrit. Le fait de discuter des difficultés, de rechercher ensemble des solutions... . Apporte plus de lucidité face à la difficulté elle-même. C'est aussi bénéficier de l'expérience des autres et se sentir plus confiant. Ce sentiment de force plus grande face aux difficultés, je l'inclus dans une amélioration de l'image de soi.

J'ai encore pu noter dans ce thème une forte présence de la cellule familiale, à préserver alors que pour certains, plus rien ne comptait avant :

"Ca me permet de sortir avec mes enfants, ça me rassure par rapport à mes enfants". "Avec mes enfants, ça va mieux, j'parle plus avec mes enfants".

Le bilan sur ce soi matériel montre que les personnes interrogées se sentent mieux ; elles se perçoivent mieux au sein des autres parce qu'elles se sentent revalorisées (financièrement, dans leur apparence, dans leurs actions...) et parce qu'elles arrivent à mieux vivre certaines difficultés grâce aux autres, grâce à leur mieux-être et aussi, grâce au fait qu'elles accèdent à une vision plus positive des choses. Les personnes prennent mieux en charge leur propre personne, leur famille et aussi leur santé. Notre première sous-hypothèse ne peut donc qu'être validée.

6.2 Le soi personnel

Le soi personnel est lié aux caractéristiques internes et psychiques de la personne. En ce qui concerne le soi personnel, deux sous-structures sont repérées : "l'image de soi" et "l'identité de soi".

■ L'image de soi

L'image de soi est une description des diverses expériences du soi. Elle compte six catégories :

- La catégorie "aspirations" comprend les discours sur les projets, les souhaits, les désirs... et, également tous les espoirs déçus.
- La catégorie "énumération d'activités" fait référence aux activités citées par la personne ou, aux non-activités.
- La catégorie "sentiments et émotions" regroupe les états émotionnels de la personne, la haine, le bonheur, la peine, la honte, l'amour... .
- La catégorie "goûts et intérêts" : choses qui attirent ou repoussent la personne.
- La catégorie "capacités et aptitudes" comporte les énoncés dans lesquels la personne décrit ses ressources, ses talents, ses inaptitudes.
- La catégorie "qualités et défauts" contient les descriptions de soi en termes positifs ou négatifs mais, sans jugement de valeur.

Tout d'abord, à l'unanimité, chacun souhaite continuer à fréquenter sa structure. Les discours relatifs aux aspirations s'orientent vers deux directions : poursuivre la participation à la structure et, évoluer professionnellement ou personnellement.

"J'aimerais encore faire mieux. J'aimerais plus m'énerver du tout pour rien. Essayer d'arriver à complètement me contrôler pour être vraiment bien. C'est ce qui va être dur à faire... Ce sera peut-être long mais j'y arriverai".

"Le C.A.S.P., c'est un challenge sur moi-même, pour m'en sortir..."

D'autres voient en la structure une aide pour une évolution professionnelle : trouver un emploi ou, s'engager dans de la formation ou, du moins, y réfléchir :

*"J'aimerais bien être éducateur ici. J'aimerais bien apprendre aux autres. **Et, pourquoi ?** Bah, peut-être que plus tard j'ouvrirais une salle de sport. Je sais pas. **Et maintenant, pour l'avenir, tu le sens mieux ?** Oui mais, franchement, j'vis au jour le jour. J'sais pas c'que j'vais faire demain... Mon rêve c'est de m'en sortir, de trouver un boulot".*

"... Aussi, choisir ma voie... si on veut envisager quequ'chose de concret, et bah, chaque jour, il faut penser à ça et, chaque jour, il faut se dire, bah, on va faire une petite part pour que plus tard ça avance".

"J'ai commencé à travailler au centre social en... novembre 1999 comme agent d'accueil et j'ai voulu m'investir..., et, comme animatrice couture aussi. Puis, j'ai voulu m'investir un peu plus dans le secteur adulte. J'ai eu la possibilité de passer mon B.A.F.A. et de faire de l'animation au C.L.S.H. pour les 4/6 ans. Ensuite, j'ai participé aux voyages pour le secteur adulte. Ensuite, comme l'équilibre alimentaire m'a plu, j'ai fait une formation à l'institut Pasteur pour euh,... en nutrition, la nutrition en milieu défavorisé.... Ce qui m'a permis de seconder parfois E. quand elle faisait un club santé sur la nutrition.. J'ai envie de continuer à m'investir comme ça".

En fait, la participation aux structures donne des moyens aux usagers (des formations, du mieux-être...). Ces moyens laissent entrevoir aux personnes qu'elles ont une possibilité de réussite si elles le désirent ; voilà qui aide par rapport à la confiance en soi. Aussi, les personnes sont remotivées, reprennent l'envie d'avancer et de recréer des projets...., ces personnes qui, avant, démissionnaient face à la vie... . Je dirais que les personnes sont redynamisées ; elles reprennent de l'élan surtout au C.A.S.P. où le public est plutôt masculin et jeune (au club santé, ce sont essentiellement des mères de familles élevant leurs enfants, certaines ont cependant mis en place des projets et ont eu accès à l'emploi).

Enfin, les personnes disent clairement qu'elles ont des besoins et que les structures y répondent bien, c'est pour cela qu'elles sont assidues et qu'elles souhaitent continuer. Là, le besoin devient possible à combler.

Au point de vue de la catégorie "énumération d'activités", on se rend compte que des gens qui ne faisaient rien par manque de moyens et par perte de motivations reprennent peu à peu une certaine activité. Cette activité contribue à amoindrir le statut de pauvre et contribue aussi à la redynamisation, "à la remise en route de la machine" :

"ça nous permet de rencontrer des gens à l'extérieur, de sortir un peu de chez nous, de voir... d'autres personnes, de pouvoir

*s'occuper aussi hein, pas rester toujours à sa maison sans sortir... **j'étais ici chez moi sans sortir, sans parler à personne donc c'était pas évident** et puis bah... **j'faisais rien du tout tandis que là, ça m'a permis de m'inscrire à l'A.N.P.E., de faire des démarches euh... suivre des formations...** parler un peu avec quelqu'un parce que c'est vrai que quand ça va pas et qu'on est tout seul chez soi euh... c'est pas évident...*

Les personnes, grâce à la structure accèdent à des activités qu'elles pratiquent avec d'autres ; elles sont stimulées et ceci est une donnée importante pour l'insertion. Je me rappelle avoir discuté avec la responsable du club santé qui me parlait d'une personne tellement perdue qu'elle avait négligé les démarches à faire pour percevoir son R.M.I. ainsi que ses allocations familiales, ses seules ressources, ce qui lui permettait de manger et de nourrir ses enfants... Voilà qui montre comment une prise en charge de soi peut s'arrêter ; c'est pourquoi je parlais de remise en route d'une machine.

Pour conclure sur ce thème, je retiendrais le fait que les structures permettent aux personnes d'avoir des activités qu'elles n'auraient peut-être pas ailleurs. Ces activités sont importantes pour plusieurs raisons : Elles rayent l'ennui et diminuent de ce fait certaines conduites nuisibles à la santé et liées à cet ennui (boire, fumer, grignoter.... Parce qu'il n'y a rien de mieux à faire). Elles influencent la perception de soi en amenant la personne à un statut autre que celui de "pauvre qui ne fait rien". Enfin, elles replacent les personnes dans un dynamisme important pour l'image de soi, pour la prise en charge de sa vie et, pour l'insertion professionnelle

Passons aux sentiments et émotions ; en général, les sentiments et les émotions qui traversent les entretiens sont de deux types. Soit ils traduisent des sentiments positifs envers la structure et ce que cela leur apporte, soit, ils véhiculent des douleurs et des difficultés du passé que ce soit un passé lointain ou un passé signifiant "avant la participation à la structure". Quelques personnes montrent également des sentiments et des émotions vis à vis d'elles-mêmes.

"Le C.A.S.P. c'est super, on ne peut pas demander mieux".

"Ici c'est toujours convivial, il y a toujours un café, quelque chose".

"on est toujours mis bien à l'aise donc ça se passe assez bien".

"J'avais une vie très fermée euh, je parlais à personne, je sortais pas même pour faire les courses, rien euh, j'étais vraiment renfermée dans une coquille... j'avais du mal hein... Ca me faisait mal... j'étais très marquée et j'étais devenue très très agressive... j'étais dans une période de dépression... C'était devenu horrible, horrible à un point de vue aussi bien médical que psychologique... j'me disais, tant qu'il y a mes cachets, j'pense plus à rien, j'ai plus peur, j'suis bien... ça m'a aidé à me sortir de là où j'étais quoi parce que c'est vrai que..... j'voyais rien, j'connaisais rien donc

*c'était... **C'était vraiment euh... une grosse aide hein, ça m'a remis, ça m'a aidé vraiment...** On rigole et ça nous apporte quand même pas mal de choses. Les grosses parties de fou-rire aussi c'est important"*

"Sans le centre social, j'aurais pas cet emploi aujourd'hui ainsi que les formations qui me plaisent..... C'est une grande satisfaction de moi-même".

"Ca me rassure". "C'est enrichissant pour tous".

Une grande joie se déploie dans la participation aux structures ; cela rompt complètement avec le quotidien fait de tristesse ; elles rient, se sentent mieux. En fait, pour la plupart des usagers interviewés, il y a un contraste fort entre les émotions et sentiments qui surgissent grâce à la structure et ceux qui décrivent le passé. Ce changement, c'est à la structure qu'il est dû. Encore, les personnes éprouvent des sentiments nouveaux par rapport à elles-mêmes ; ces sentiments comme la satisfaction de soi ou le fait d'être rassuré tiennent une grande place dans la perception de soi. Les personnes ont une image d'elles-mêmes améliorée.

Pour LES GOÛTS ET INTERETS, on note un attrait pour l'activité pratiquée dans la structure ; d'autant plus que les activités s'orientent vers les désirs des usagers :

"J'aime bien le sport".

*"**Le fait de choisir vous-même les activités, ça fait que c'est intéressant pour vous.** Oui, c'est ça. Si on faisait des choses qu'on nous obligeait sans qu'on le demande, j'viendrais pas. Là j'y trouve ce que je cherche... **L'essentiel est de se sentir bien et c'est ce que je recherche au club santé**".*

Les participants ont un intérêt marqué pour les avantages reçus dans la structure et pour l'amélioration de leur cadre de vie qui en découle

*"(importance d'apprendre) oui... C'est important, par rapport à avant, on en sait plus... C'est quand même intéressant... **Pour essayer de vivre au mieux, c'est important**".*

"comme l'équilibre alimentaire m'a plu, j'ai fait une formation à l'institut Pasteur... Sans le centre social, j'aurais pas cet emploi aujourd'hui ainsi que les formations qui me plaisent... Le nouveau contrat est un poste d'adulte relais, c'est plus pour accompagner les personnes ; c'est plus ce que j'aime".

"Il y a aussi D. qui m'aide à remplir des papiers, des fois j'ai des papiers de l'A.N.P.E., c'est pas toujours facile les papiers, il y a des trucs qu'on aime pas faire seule".

Enfin, un autre aspect ressort fortement dans beaucoup d'entretiens c'est intérêt tourné vers la convivialité, le fait de rencontrer des gens, de rire... :

"J'aime bien parler aux gens, ce que j'aime c'est les contacts".

"(Au sujet de l'importance de l'ambiance et du fait de rire) Ouais...., fort... Ca me plait".

"On rigole et c'est important".

Globalement, on se rend compte que tous les goûts et intérêts des personnes ont pour origine la structure ; j'ai l'impression qu'avant les personnes n'en avaient pas... . Les personnes le disent, cela est source de mieux-être. Ces goûts et intérêts qui se dévoilent prennent place dans la perception de soi en contribuant au regain de dynamisme ; à noter que les goûts et les intérêts sont des moteurs dans la vie. Encore les goûts et intérêts tournés généralement vers l'amélioration de la vie témoignent d'une attention à soi et d'une volonté de s'en sortir ; choses que les gens n'avaient plus avant. Les personnes retrouvent le goût de la vie.

Un autre thème fort important de l'image de soi : le thème des CAPACITES ET APTITUDES. Nous avons pu voir que les personnes précarisées finissent par douter d'elles-mêmes et de leurs capacités ; elles ne croient plus en elles. Lors des entretiens, toutes témoignent d'une découverte de capacités ou d'aptitudes en elles et, quand elles me le disent, leurs yeux pétillent de joie et de fierté... :

*"Déjà ça m'apporte une certaine satisfaction parce que **j'ai toujours cru ou on m'a toujours fait croire que j'étais pas capable de faire des choses et, en fin de compte, je m'aperçois que je suis capable moi aussi de faire des choses.** C'est une grande satisfaction de moi-même; c'est très important quand même, **ça fait du bien de savoir qu'on peut faire des choses.** C'est comme pour le B.A.F.A., personne n'y croyait vu mon âge et, j'ai réussi quand même. Et, je vais le dire, ça m'a apporté une certaine fierté puis, on se sent utile... . C'est très important quand même, ça fait du bien de savoir qu'on peut faire des choses."*

*"Depuis que je suis ici, j'ai fait une formation en informatique bon bah, ça, je l'aurais jamais fait si j'étais pas venue ici parce j'avais pas les moyens et que j'aurais pas eu l'idée d'aller surfer seule sur un ordinateur, **je pensais que j'étais pas capable et que c'était pas pour moi.** Ca m'a apporté pas mal de choses... J'étais dans une grosse dépression, j'avais peur, c'était devenu trop difficile pour moi, ça m'a ouvert les yeux sur le fait que je pouvais encore vivre sans toujours avoir peur, de voir que j'pouvais sortir, parler et rire avec d'autres, qu'on voulait pas toujours me faire du mal **contrairement à ce que je pensais...**".*

La perception subjective de soi s'en trouve améliorée ; les personnes sont plus lucides quant à ce qu'elles peuvent faire. Ce n'est pas parce qu'elles

sont défavorisées qu'elles sont nulles... Par rapport à cette perception subjective, on se rend bien compte ici de l'importance de l'autre ("personne n'y croyais", "on m'a toujours fait croire") et de la vision sur soi. On a ici un gros apport sur la vision de soi qui sera renforcée dans le thème "compétences".

Un accent est porté sur le fait d'apprendre ; les personnes apprennent en formation et aussi par les autres. Elles en tirent de la valorisation d'elles-mêmes, ce qui casse encore l'identité de pauvre et le sentiment d'infériorité ressenti, et ce qui influence considérablement la perception de leur image parmi les autres ; l'image sociale :

"On apprend des choses.... Quand on a fait l'équilibre alimentaire euh, j'ai vu qu'on ne mange pas toujours ce qui faut et, euh, ça m'a appris quand même pas mal de choses, bien manger, faire le budget quand ont a peu d'argent.... J'ai fait une formation à l'institut Pasteur pour euh,... en nutrition, la nutrition en milieu défavorisé ... Ce qui m'a permis de seconder parfois E. quand elle faisait un club santé sur la nutrition... j'essaye d'améliorer un petit peu mes connaissances et celles des autres mais bon, j'ai moi-même pas fait d'études donc....".

"Ca m'a appris des choses que j'essaye de respecter... On apprend toujours quelque chose... Bah déjà du fait que moi je suis pas mémère pantoufle quoi, euh, bon, ils (des gens du quartier) viennent quand même me demander bah des renseignements pour aller à la CAF, pour, comment j'vais dire, pour toutes sortes de choses administratives. Ils venaient frapper chez moi euh parce qui savaient que j'étais ici et que j'étais au courant....".

"Bah, j'ai appris déjà à... à discuter avec les gens, ça c'est important de savoir discuter".

Enfin, et surtout au club santé, les personnes se sentent plus capables d'élever leurs enfants correctement ; ici, une question de dignité est en jeu. Les mères sont généralement au foyer et, leur métier, c'est d'élever les enfants. Comme n'importe quel travail, ce travail fait intervenir l'image sociale et la satisfaction de soi :*

*"Bon après, j'ai une bataille de six ans avec une fille qui est plus ou moins dans la toxicomanie, c'est un autre combat... **Est-ce que le club santé a apporté quelque chose par rapport à cette famille ?** Ca a apporté quelque chose oui ; ça m'a aidé à comprendre plus ou moins certaines choses... et, ça m'a aidé à connaître des gens et à pouvoir téléphoner pour être aidé, pour avoir un suivi, pour apporter des soins autrement qu'on ne l'avait fait jusque maintenant".*

"J'fais plus attention à moi... Ce que m'apporte le club santé, je fais profiter mes enfants dans leur éducation".

Dans ce thème sur les capacités et aptitudes, les personnes retrouvent une certaine fierté d'elles-mêmes et, je pense que cela est très important en ce qui concerne la perception de soi notamment dans le cadre de l'insertion et, aussi, du bien-être.

Pour terminer sur l'image de soi, les personnes interrogées parlent peu de leurs QUALITES ET DEFATS, ce qui ne veut pas dire qu'elles s'en sentent démunies ; elles n'en parlent quasiment pas peut-être parce qu'elles n'ont pas l'habitude d'en parler ?.... En fait, dans leurs propos, les personnes évoquent plus des changements en elles depuis qu'elles fréquentent la structure ou, elles comparent le passé et le présent.

Au C.A.S.P., la pratique d'un sport permet d'acquérir des qualités nécessaires pour trouver un emploi :

"Des fois je m'énerve, j'dis oh, j'laisse tomber. Ici, on dit non, tu perds mais tu vas remonter et tout ça. Qu'avant j'aurai claqué la raquette par terre par exemple sans faire d'effort. Que maintenant quand il y a un problème, j'insiste....Vous persévérez plus qu'avant ? Voilà. Persévérance ; Comme là, il m'a montré un truc, tant que j'y arriverai pas, j'voudrais l'faire alors j'y arriverai un jour. Ce sera peut-être long mais j'y arriverai, je peux".

Au club santé, c'est le cas aussi au C.A.S.P., c'est l'acquisition de qualités sociales qui marque les discours :

"Ca m'a surtout apporté une autre façon de voir, je vois les choses, je suis plus, j'ai moins de préjugés, je suis beaucoup plus ouverte".

"Avant j'étais très marquée et j'étais devenue très très agressive".

Les structures permettent aux personnes d'acquérir des relations meilleures, ce qui est source de mieux-être et de rupture avec la solitude ; en plus, ces qualités permettent aux personnes de réaliser qu'elles peuvent atteindre un objectif si elles font des efforts ; rien n'est perdu définitivement.

Tous les thèmes abordés dans le cadre de l'image de soi montrent une amélioration liée au fait de participer à une structure. Les individus repensent à l'avenir de façon plus ou moins positive, ils font des choses et sont plus dynamiques, ils rient à nouveau et s'intéressent à eux et à leurs vies. Le point essentiel de cette amélioration réside dans la réconciliation que retrouve l'individu avec ses potentialités et ses capacités. Bien sûr, ceci toujours en lien avec les moyens qu'apportent les structures.

Tout ceci me permet de conclure pour une amélioration de l'image de soi. J'ajouterais que ce phénomène est réversible ; une image de soi qui s'améliore influe sur les aspirations, les capacités... Les uns agissent sur l'autre et vice versa ; on retrouve la complexité du sujet et toutes les interactions possibles.

■ L'identité de soi

L'identité de soi va plus loin que le descriptif ; elle répertorie les énoncés relatifs à la conscience d'être et d'exister. Cinq catégories : les dénominations simples (caractéristiques "administratives" de la personne : son nom, son prénom, son âge, son adresse, le genre d'habitat...), les rôles et statuts (titres, postes occupés, fonctions, catégories sociales, appartenance à des groupes structurés, solitude), la consistance (cohérence, continuité, stabilité, compréhension de soi), l'idéologie (opinions personnelles, proverbes, philosophies de la vie, valeurs), et, enfin, l'identité abstraite (références existentielles vagues, identifications).

Les personnes interrogées parlent peu d'elles-mêmes dans le cadre de la DENOMINATION SIMPLE. Les thèmes essentiellement abordés sont la famille, l'âge, et le lieu de résidence :

"C'est intéressant, surtout quand on habite ici". "Vu mon âge..."

"Mon mari était au chômage, j'avais cinq enfants".

Le lieu de résidence est une source de préoccupation ; il est souvent décrit négativement et influant sur le moral. On retrouve l'importance des enfants et du fait de dire combien on en élève (fait valorisant). En fait, les personnes se décrivent non pas par leur identité civile de base qui est la première approche de l'existence mais plutôt par leurs difficultés (âge et quartier difficile) ou leurs enfants. L'impression que laissent ces propos est que les personnes existent par ces difficultés et par leur famille. Ici, on se rend bien compte comment la précarité ronge les personnes qui en arrivent à n'exister que par elle...

Pour les ROLES ET STATUTS, il y a une forte présence des rôles éducatifs et familiaux, surtout chez les femmes. Ce rôle éducatif est mieux assumé, ce qui est bénéfique aux enfants, bien sûr, mais aussi à la famille entière et, à la personne qui peut ainsi avoir une meilleure représentation d'elle-même :

"Avec mes enfants ça va mieux, j' parle plus avec mes enfants... Du fait que moi j'étais renfermée sur moi-même, il arrivait pas à me parler. Tandis que maintenant, on peut avoir des discussions sur tous les niveaux, il me demande des conseils et puis moi j'trouve ça bien comme ça même s'il a seize ans. Il y a eu de gros changements dans la communication familiale parce que j'ai changé et que mon mode de vie a changé et que mes relations elles ont aussi changé. Ca, mon fils il l'a bien ressenti et c'est un mieux pour lui aussi".

"Quand on a des enfants, c'est bien de savoir pas mal de choses".

Comme il l'a déjà été souligné plus haut, l'éducation des enfants prend une place considérable dans la vie des gens, des femmes surtout. Cette éducation prend place au sein des rôles et des responsabilités. M.

Toussignant¹⁴⁶ accorde une grande place à ces rôles dans le cadre de la "santé mentale" : *"Quand une personne n'arrive plus ou n'arrive qu'avec peine à assumer ses responsabilités, on a un état de maladie"*. Il y aurait un lien entre les rôles et les responsabilités et, l'identité et l'auteur s'appuie sur une recherche de Kessler & coll qu'il cite dans son ouvrage. Pour ces derniers, l'estime de soi serait touchée ; il y aurait prise de conscience des limites sur la maîtrise de sa propre vie surtout en cas d'échec.

Certaines personnes abordent le travail et le sentiment d'utilité, ce qui est intéressant dans la mesure où l'inactivité pèse sur les gens. L'inactivité est source d'ennui, de solitude, de face à face constant avec les problèmes et de dévalorisation de soi, de sentiment de non existence. Etre actif, avoir un emploi, s'investir dans des choses... c'est s'occuper et se sentir exister parce que l'on a besoin de nous. Etre actif redonne un certain statut dans le sens où il redonne une utilité, un rôle dans la société. A défaut, cela occupe et fait oublier les soucis un instant :

"J'ai commencé à travailler au centre social en... novembre 1999 comme agent d'accueil... Avant ce travail, je travaillais ailleurs, j'étais femme de ménage et c'était la maison, le boulot, la maison, le boulot... Le nouveau contrat est un poste d'adulte relais, c'est plus pour accompagner les personnes ; c'est plus ce que j'aime... Sans le centre social, j'aurai pas cet emploi... J'ai pas fait d'études... on se sent utile".

"Moi, grâce à mon âge, j'ai de l'expérience. Je peux donner des conseils... c'est que je suis pas encore tout à fait inutile quoi... . pouvoir aider les jeunes, pouvoir être utile, c'est encore un petit plus".

Enfin, il est encore à noter dans ce thème que les personnes témoignent encore beaucoup de leur statut social défavorisé ; dans ce statut, il y a le chômage, le manque de moyens, les difficultés... . Les personnes gardent leur statut de personne défavorisée d'ailleurs, ce statut est fort présent quand les personnes parlent d'elles-mêmes. Cependant, le fait de participer à une structure améliore la perception qu'elles ont d'elles-mêmes en leur permettant de mieux assumer leurs rôles et d'avoir une certaine utilité. Ceci contrecarre l'idée du "je suis chez moi, au chômage, je n'ai rien à faire, je suis inutile et je ne vaud rien", idée qui peut être source de solitude et de dépression et d'identité négative.

Pour l'essentiel du thème de la CONSISTANCE, les personnes parlent des changements qu'elles vivent depuis qu'elles fréquentent les structures. Ces changements sont nombreux et variés ; ils se retrouvent dans tous les thèmes du concept de soi et, ils influencent positivement l'image de soi. Un changement est commun à tous : se sentir mieux :

¹⁴⁶ Michel Toussignant, Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques, 1992, 251 p.

"ça me décontracte, j'suis moins sur les nerfs quoi. J'suis plus calme".

"j'ai changé. Il m'a dit, en un mois, t'as énormément changé... . C'est important parce que j'crois que j'serais resté comme j'étais. J'aurais pas fait long feu j'pense. Soit j'aurais, j'me serais retrouvé en prison ou, j'serais peut-être mort d'une overdose, j'sais pas. Ou me faire agresser. Ici, j'me sens protégé ici".

"Ca m'a influencé dans ce que je fais maintenant....ça fait du bien....Ces changements sont importants et puis ils étaient nécessaires car j'allais pas bien avant".

"J'me vois mieux qu'avant".

Les personnes parlent beaucoup de changements... . Pourtant, je ne suis pas sûre que l'emploi de ce terme soit le plus approprié. Dans leurs discours, les personnes restent proches de leur situation et de leurs difficultés et se dénomment par elles ; c'est bien une preuve de consistance. J'ai plutôt l'impression que le fait de participer à une structure ne change pas les personnes mais les aide à faire surgir ce qu'il y a en elles et qui était masqué par la situation trop difficile et le mal-être. Pour conforter cette idée, une personne au C.A.S.P. me disait : *"le C.A.S.P. m'aide à être moi-même"*. De même, avec certains discours des "capacités et aptitudes" : quand une personne me dit "je ne me croyais pas capable de...", cela veut bien dire qu'elle était capable avant mais, qu'elle ne le réalisait pas ; c'est bien un regard sur elle-même qui a changé, pas ses capacités.

Enfin, je voudrais dire pour terminer que les personnes sont conscientes de leur évolution et, je pense que cela peut influencer sur le dynamisme. En effet, si elles se rendent compte qu'elles changent positivement, cela les motive à continuer.

Pour les IDEOLOGIES, les personnes en ont transmises lors des entretiens ; toutes portent sur la difficulté de la vie ainsi que sur ce qui la rend plus supportable comme s'entretenir, sortir de chez soi, rire... . Encore une fois, nous pouvons nous rendre compte de la prégnance des difficultés:

"J'aide les jeunes, il faut voir que c'est pas toujours facile pour eux".

"Les temps sont durs".

"J'trouve que c'est pas logique de vivre dans un climat comme ça".

"C'est important pour une personne, pour une famille de pouvoir partir un peu en vacances, de quitter un peu le quartier, de changer d'air".

Comme je le disais, les personnes ne quittent pas leur situation difficile parce qu'elles fréquentent une structure. On le voit dans ces propos, la vie difficile est là... Pourtant, les personnes luttent pour que ce soit mieux et, cela ressort également dans les idéologies. L'analyse de ce thème corrobore donc l'idée abordée dans le thème précédent ; la situation difficile reste là mais, elle est mieux abordée par les personnes. C'est toujours la perception qui est plus positive.

J'ai classé peu d'éléments dans L'IDENTITE ABSTRAITE. Tout comme les personnes parlent peu de leur identité civile, elles parlent peu de leurs identités abstraites. Encore une fois, les propos tenus sont très proches de leurs difficultés ; Ces difficultés gardent une place omniprésente même si la structure est aidante.

"Je suis encore valide... . Ne pas me dire que je suis un croulant".

"Le C.A.S.P. m'apporte d'être moi-même".

"toujours se dire qu'on est nulle, c'est pas ça".

Pour conclure sur l'identité de soi, les discours des usagers des structures font apparaître une plus grande conscience d'être et d'exister parce que la structure donne des occasions d'être utile, de changer, de mieux s'assumer et de mieux assumer ses rôles. Un autre élément important est que la conscience d'être dans une situation difficile est là cependant l'identité de soi rendue plus positive permet de mieux la supporter. Je me rends compte qu'en accompagnant des personnes vivant des situations de précarité, on ne peut changer radicalement les choses ; on peut juste aider les personnes à se sentir mieux dans ces situations et, au regard de ce qu'en disent les interviewés, c'est déjà beaucoup.

Le soi personnel tel que le conçoit R. L'écuyer est lié aux caractéristiques internes et psychiques des personnes. Suite à l'analyse, nous pouvons dire, globalement, que les personnes usagères du C.A.S.P. et du club santé se sentent mieux "à l'intérieur d'elles-mêmes". Les personnes l'expriment de diverses façons : elles s'aiment mieux, elles ont meilleur moral, elles rient. Dans ce soi personnel, c'est aussi un goût pour la vie, des espoirs et de l'estime de soi qui apparaissent.

L'hypothèse que j'avais posé était : **"La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore l'image qu'elles ont d'elles-mêmes ainsi que leurs identités : le soi personnel selon René L'écuyer"**. Conformément à l'analyse et aux conclusions qui viennent d'être présentées, nous pouvons dire que cette hypothèse est validée que ce soit au C.A.S.P. ou au club santé.

6.3 Le soi adaptatif

Le soi adaptatif correspond aux actions que la personne entreprend (actions ou réactions) en fonction de ce qu'elle perçoit d'elle-même ou des réalités de la vie. L'auteur distingue dans ce domaine la "valeur de soi" et les "activités du soi".

■ La valeur de soi

La valeur de soi liste les éléments évaluatifs, les jugements de soi dans son être et dans ses réalisations personnelles. Elle comprend deux catégories : la compétence qui est relative à l'efficacité ou l'inefficacité de la personne ; son rendement, ses performances, ce qu'elle fait et qui la valorise... et, la valeur personnelle qui concerne les jugements de soi en tant que personne ; cette valeur peut venir des possessions, des réalisations, des qualités...

Au sujet de la COMPÉTENCE, celles évoquées lors des entretiens ont toutes été acquises dans la structure comme si, avant, il n'y en avait pas (on retrouve peut-être ici, le statut infériorisé ?). Nous retrouvons au sein de ces compétences des aspects abordées lorsque nous avons parlé des capacités : des compétences "psychologiques" ou, "pratiques" qui vont contribuer à l'entente familiale, à l'insertion, au mieux-être... :

"Je gère mieux mon temps... on arrive mieux à se repérer".

*"C'est usant des problèmes comme ça à long terme (elle parle des problèmes de santé de sa fille). Le club santé m'apporte rien par rapport à ces problèmes de santé eux-mêmes par contre, **il m'aide à mieux vivre la difficulté de vivre avec ce problème**".*

*"On apprend des choses... **mieux cuisiner**... ça me met face à des problèmes que je pourrais rencontrer et peut-être à **mieux les aborder**... (ce qui a changé) Bien sur ma façon de voir les choses, sur ma façon de faire les choses. Par exemple à **mieux aborder une difficulté**. Quand j'ai eu une fille qui a eu une fois des problèmes de peau, j'ai demandé si on pouvait faire un club santé sur les problèmes de peau pour m'informer et me rassurer. Ça a été fait donc euh... **J'ai aussi une autre façon d'élever mon fils ; je pense le faire mieux**... (ça apporte) Une autre façon de s'alimenter, **une meilleure façon de renseigner les gens** quand ils me parlent de leurs problèmes ou qui me demandent comment faire".*

*"j'arrive mieux à, ça revient encore au même hein, à **m'exprimer** euh devant des gens quoi, j'ai moins peur de dire ce que je pense quoi parce que ça, c'est sûr que c'est pas évident hein quand on arrive quelque part euh, faut pas se sentir bête... **au niveau de mes enfants parce que, j'arrive***

mieux à les écouter je trouve... . Avant, je prenais pas le temps assez de... d'écouter mes enfants et de leur parler... je savais pas... Ici, on a appris beaucoup de choses sur les enfants, c'est vrai que on a eu des psychologues et tout ça qui sont venus nous en parler. Ca aide je trouve à être meilleurs parents, c'est bien et on s'entend mieux avec les enfants, c'est plus facile au quotidien".

On retrouve beaucoup l'intérêt marqué par les femmes pour l'éducation de leurs enfants et la tenue du foyer. Ceci amplifie l'idée que j'avais abordée concernant le sentiment de valeur lié au fait de bien assumer son "travail" au sein de l'habitation. Toutes ces compétences influencent aussi la façon de se percevoir. Elles permettent de se dire "ça, je le fais bien et, ça me donne une certaine valeur" ou, "je suis mieux qu'avant". Elles influencent aussi l'image sociale ; les gens se sentent ainsi mieux regardés par les autres.

Bien sûr, tout ceci n'est pas sans influencer le sentiment de VALEUR PERSONNELLE. Dans ce thème et, au sein des mêmes discours, les propos portent à la fois sur la dévalorisation et, sur la valorisation par le biais de la structure :

"(au sujet des formations) Déjà ça m'apporte une certaine satisfaction... C'est une grande satisfaction de moi-même... Et, je vais le dire, ça m'a apporté une certaine fierté".

"Ca fait revivre et pis j'trouve que c'est bien d'attirer le regard de l'autre, c'est du renouveau. Ca me permet de me sentir mieux, ça me permet de voir que... de me mettre en valeur parce que toujours penser qu'on est nulle, c'est pas... Non, moi, ça m'a ouvert les yeux sur le fait que je pouvais encore vivre sans toujours avoir peur, de voir que j'pouvais sortir, parler et rire avec d'autres, qu'on voulait pas toujours me faire du mal contrairement à ce que je pensais.j'ai été des années à plonger....Puis là, j'suis revenue, j'me r'maquille et j'me rhabille bien han oui, ça va, là oui".

"j'me sens tellement mieux maintenant... Oui aussi parce que mon mari, ah, comment dire ça ?, il me rabaissait souvent. J'me dis que maintenant c'est plus du tout le même coup. Je bouge, j'fais plein de choses, j'me sens mieux... Bah c'est... valorisant. On est reconnu. J'veux dire que entre nous, on s'écoute, on se fait attention. C'est important parce que c'est se sentir mieux soi-même déjà... Oui, m'apprendre et pis moi aussi leur apprendre. On a tous des bonnes choses que tout le monde n'a pas et... c'est enrichissant pour tous. C'est valorisant aussi".

Au club santé, les usagers retirent de la valorisation du fait de faire des choses notamment pour le quartier mais aussi pour les autres et pour soi,

une participante parle de prendre soin d'elle esthétiquement parlant et de la valeur qu'elle retire dans le regard des autres. La valorisation peut encore venir de formations ou d'acquisition de connaissances et du fait de montrer aux autres ces connaissances. Ainsi, une personne parle de reconnaissance. Bien sur, cette valorisation génère du mieux-être ; elle intervient encore dans l'image que l'on se fait de soi aux yeux des autres.

Quelques personnes ont des discours dévalorisants pour eux-mêmes ; on retrouve le poids de la condition économique et sociale qui persiste mais qui est allégé :

*"Bah... déjà, on peut pas aller dans un club normal... euh, on peut pas se permettre pis, on n'est pas... **on n'est pas pareil, on n'a pas la même vie, les mêmes moyens, on a plein de problèmes... pas de travail.** Au C.A.S.P., c'est plus facile, on y va, on s'explique, on explique sa vie, c'est pas toujours facile de dire..., on a toujours sa fierté, pis après, basta, on est tous pareils pis les éducateurs savent et veulent aider. Voilà".*

*"**j'ai moi-même pas fait d'études donc...**".*

*"C'est important de savoir... **on se sent moins bête** auprès des autres...".*

Je retiens de ces propos que les personnes se sentent différentes, plus pauvres, moins cultivées (pas d'études, plus "bêtes")... Comme on a pu le voir, le milieu précarisé est source de dévalorisation ; les propos recueillis le confirment, cependant, les structures ont un effet positif : "c'est plus facile, j'essaye d'améliorer, moins bête", "c'est valorisant". La valorisation est essentiellement tirée des actes et, en lien avec les activités proposées par chaque structure, elle est plus présente au club santé. Au C.A.S.P., c'est plutôt le thème des aspirations qui est dominant avec toute la valorisation qu'il peut également apporter.

Globalement, le thème "valeur de soi" qui reprend les thèmes "compétences" et "valeur personnelle" dénote une attitude plus positive qu'elle ne l'était avant la structure. Ceci est d'autant plus vrai au club santé. En fait, la valeur de soi s'exprime différemment dans les deux structures. Au C.A.S.P., elle tient essentiellement en l'acquisition de compétences "personnelles et internes". Au club santé, elle se retrouve plutôt dans une meilleure image de soi, de soi parmi les autres et, encore, dans une meilleure gestion du quotidien et de la famille qui, je le rappelle, ont une grande place pour les membres. Cependant, c'est toujours une adaptation à l'environnement qui en découle ; c'est important dans ce soi adaptatif.

Enfin, l'image sociale se révèle fort importante au club santé. Je retrouve ici l'approche sociale du soi et la théorie de Mead : *"l'individu s'éprouverait lui-même comme tel non pas directement, mais seulement en adoptant le point de vue des autres et du groupe social auquel il appartient"*. On voit dans les propos des personnes toute l'influence de l'image sociale sur

l'image de soi et sur la perception subjective que nous avons de nous-mêmes et que nous avons déjà abordé.

■ Les activités du soi

Les activités du soi sont les actions et réactions face aux perceptions de soi-même et à la réalité en vue de maintenir, de promouvoir et de défendre son soi. Elles comprennent les stratégies d'adaptation (se conformer, se soumettre, accepter les règles...). Elle montre également les mécanismes de défense (récupérer, se ressourcer, s'échapper, avoir besoin d'attention...), l'autonomie (faire face à la réalité, de se prendre en mains, de s'assumer...), l'ambivalence (hésitations, contradictions), la dépendance (refus de responsabilité, une orientation vers d'autres personnes à des niveaux humain, financier, affectif, lié à la santé...), l'actualisation de soi (évolutions, progrès, l'épanouissement...) et, le style de vie (description du mode général de vie, de la façon dont elle se déroule...).

En ce qui concerne LES STRATEGIES D'ADAPTATION, deux cas de figure se présentent. Pour quelques rares personnes, il y a eu perception de quelque chose qui n'allait pas et donc, une volonté de changer :

"Je me suis engagé dans le C.A.S.P. parce que j'avais envie de changer".

*"je me suis trouvée à une période difficile de ma vie où j'avais un grand besoin de parler avec des gens et, je suis venu au centre social pour faire un échange de paroles entre les gens du voisinage et, c'est là que j'ai connu le club santé et que j'ai assisté... C'était aussi le fait de ne pas toujours rester enfermée à la maison avec les problèmes... **Ces changements sont importants et puis, ils étaient nécessaires de toutes façons car j'allais pas bien avant et c'était pas bon pour mes enfants**".*

En globalité, les personnes sont peu nombreuses à m'avoir parlé d'un besoin d'adaptation décelé en eux et qu'elles ont cherché à combler dans le cadre d'une stratégie d'adaptation. Dans la plupart des cas, les personnes arrivent dans la structure soit pour faire du sport ou guidées par un référent R.M.I. ou, par oui-dire ou pour voir du monde. Bien souvent, c'est après coup que les personnes constatent des "adaptations" qui étaient nécessaires. Ceci me semble important dans ce thème. Mais, peut-on encore parler de stratégies d'adaptation ?:

*"Bah déjà, ça nous permet de voir ce qui nous entoure et pis d'être au courant aussi parce qu'on vit en plein dans la violence hein, nous on a un quartier qui est assez violent, toute la violence elle est là continuellement. **Ca nous permet d'être avertis de ce qui peut arriver, de mieux agir face ; c'est savoir ce qui peut arriver, tous les problèmes qu'on peut avoir et puis de prévenir, nous, la violence dans nos foyers. En la connaissant,***

*on peut mieux prévenir... Avant je me tenais jamais au courant euh, j'en avais rien à faire... . **C'est pas mal que j'trouve moi aussi quelque chose dans ma vie parce que je restais comme ça et c'était pas très bon pour moi et pour mes enfants...***

"On fait peut-être tous des conneries puis, on les rattrape petit à petit".

Dans ce thème, les situations sont variées. Pour l'adaptation, les propos sont généralement orientés sur l'accès à la structure. Cet accès apparaît comme un événement marquant et, c'est donc bien par le fait d'accéder à la structure que les personnes ont pu changer. Ces changements ont été acceptés avec bonheur et, ils permettent une adaptation. Les personnes se sentent mieux avec elles-mêmes ou/et mieux dans leur environnement.

J'ai choisi d'inclure ces "fausses" stratégies d'adaptation dans ce thème parce que pour ces personnes, le changement était nécessaire pour faire réaliser qu'il était nécessaire. Auparavant, les personnes ne réalisaient même plus qu'elles devaient faire quelque chose pour que cela aille mieux, comme si elles étaient sous l'emprise de leur situation difficile. Grâce au changement, je vais dire non volontaire, les personnes acquièrent des démarches de réflexion sur elles-mêmes ("*... je serais restée comme ça et c'était pas très bon pour mes enfants*"). En fait, les personnes apprennent petit à petit à mener leurs propres stratégies d'adaptation. A noter, le fait de changer et de se voir changer motive : "*je veux continuer pour faire mieux encore*". Même si elles n'ont pas de stratégie au départ, petit à petit, elles arrivent à en avoir.

Dans le thème "AUTONOMIE", nous retrouvons beaucoup de choses déjà énoncées dans les autres thèmes ; ce qui est normal puisque nous retrouvons ici tous les signes montrant que la personne se prend en main comme les compétences, les capacités...

*"Quand j'suis énervée, euh, des fois, j'm'énerve, j'dis oh j'laisse tomber....Avant j'aurai claqué la raquette sans faire d'effort. Que maintenant, quand il y a un problème j'insiste.... Pour **savoir me contrôler**... **Ca aide à avoir plus de patience** pour tout, pour des choses, pour les papiers, pour les enfants, pour les animaux..."*

"J'ai su par le service déménagement qu'il y avait possibilité d'avoir un C.E.S... donc, j'ai postulé".

Pour les usagers du club santé, le sentiment d'autonomie plus grande se rapporte encore une fois à la meilleure gestion du quotidien soit mieux cuisiner, mieux prendre en charge ses enfants, mieux se prendre en charge soi-même... Nous en avons déjà parlé :

"J'essaye d'améliorer un petit peu mes connaissances... Quand j'ai eu une fille qui a eu des problèmes de peau, j'ai demandé à ce qu'il y ait un club santé sur les problèmes de peau pour

m'informer... Ca m'a aidé à connaître des gens et à pouvoir téléphoner pour avoir un suivi, pour apporter des soins autrement".

"J'faisais rien du tout tandis que là ça m'a permis de m'inscrire à l'A.N.P.E., de faire des démarches euh...suivre des formations...(ça nous permet) de savoir ce qui va arriver, tous les problèmes qu'on peut avoir et puis de prévenir, nous, la violence dans nos foyers...".

Ce thème est important pour les personnes qui se sentent plus autonomes et, par-là même, plus compétentes dans la vie. D'ailleurs, un lien étroit peut être fait avec le thème "compétences". Le fait d'être plus autonome pour soi et pour sa famille se traduit de façon positive en terme d'image de soi ; pouvoir et savoir s'occuper de soi et de ses enfants permet de se dire que l'on est capable de bien faire...

Les AMBIVALENCES sont peu nombreuses ; dans les deux cas qui se présentent, elles traduisent des doutes face à l'avenir.

*"Bah, peut-être que plus tard j'ouvrirai une salle de sport... J'aimerais bien être éducateur, j'aimerais bien apprendre aux autres". Puis, à ma question **et maintenant, l'avenir, tu le sens mieux ?**: "Oui, mais, franchement, j'vis au jour le jour. J'sais pas c'que j'vais faire demain, j'sais pas c'qui va m'arriver. J'prévois rien".*

Dans les discours, il y a plusieurs ambivalences de ce type. Comment les interpréter ? Tout d'abord, il faut dire que les personnes tenant ces discours ont le même profil à savoir une jeunesse "déviant", beaucoup de difficultés familiales, sociales et professionnelles. L'emploi est un gros soucis, soucis amplifié par l'absence de formation... Est-ce cette situation qui fait que ces personnes ont ces ambivalences vis à vis de l'avenir ? Une autre approche : ces personnes fréquentent la structure depuis peu et, on pourrait alors parler de phase de transition vers la confiance....

Ici, encore une fois, l'analyse permet de dire que les structures ne font pas disparaître les difficultés. Je pense qu'il faut du temps pour apprendre à vivre avec et à les surmonter. Ces ambivalences n'existent pas au club santé et chez les femmes en général. Ce fait permet peut-être de confirmer les suppositions émises précédemment concernant le rapport des femmes au travail ainsi qu'un intérêt plus orienté vers la famille que vers l'emploi et donc, de la valorisation issue principalement de l'éducation des enfants. Il est à noter aussi que les personnes interrogées au club santé ne sont pas toutes des femmes au foyer et que le facteur temps interviendrait également ; en effet les femmes fréquentant le club santé fréquentent la structure depuis longtemps et ont surmonté leurs difficultés à trouver un emploi dans le cas où elles en cherchaient un.

Pour finir, les ambivalences décelées au C.A.S.P. montrent un mal-être encore bien présent, ce mal-être concerne l'insertion professionnelle. Les ambivalences reflètent les grosses difficultés de la précarité dont l'emploi.

Nous avons évoqué dans la partie théorique les fortes inquiétudes liées à l'avenir ; les voici et elles apparaissent comme fortement ancrées. Ce qui a pu être dit dans l'analyse de la valeur de soi au C.A.S.P. à savoir, un sentiment de valeur tiré de l'acquisition de compétences au regard de l'insertion est tout à fait en cohérence avec les besoins de ce public.

Le thème de la DEPENDANCE nous apporte des propos témoignant généralement de dépendances financières, de dépendances par rapport à des personnes ou par rapport à la structure :

*"Ca, je l'aurais jamais fait si j'étais pas venue ici parce que **j'aurais pas eu les moyens...** J'aurais pas trouvé tout ça si j'étais pas venue ici, hein, c'est sur..."*

*"**J'aurais pas pu leur payer toute seule** (les belles vacances)... C'est des activités que j'aurais pas pu donner toute seule à mes enfants....C'est grâce au centre..."*

*"C'est la fille de D. qui m'a mise en relation avec le centre parce qu'elle s'était rendu compte que c'était devenu trop difficile pour moi... **Toute seule, j'aurais pas eu l'idée**".*

Encore, de façon plus personnalisée, des personnes évoquent d'autres dépendances liées à la structure comme la sécurité, la possibilité de trouver un emploi, la confiance vis à vis des professionnels qui accueillent.... :

*"Bah, j'sais pas, c'est une bonne ambiance, on rigole, pas comme dehors... . J'serais jamais avec eux dans la rue à faire des conneries... . Oui, j'me sens bien. Pour **l'instant j'sors jamais d'ici, j'ai pas besoin**. J'sais pas, ici, j'suis bien. J'ai pas besoin d'aller chercher des choses ailleurs".*

*"Des fois, je demande l'embauche, un petit sourire narquois, bien sûr, on prend mon nom, on prend mon adresse, et, on vous écrira. J'attends toujours. On le fait par respect, c'est, mais, mais je, un sourire narquois j'dis pas, qui en dit bien parce que les mots hein, une attitude, c'est vrai hein, une attitude et... **petite planche de salut, pour un C.E.S. sur place**".*

*"**On nous a dit que c'était bon... donc, je pense que je fais bien**. Bon, ça ne va peut-être pas se répercuter tout de suite mais, à force de le faire..."*

Comme on peut le voir, bon nombre de propos se laissent interpréter par de la dépendance. La question que je me pose est de savoir si cette dépendance est mauvaise en soi. Se sentir dépendant peut être difficile à vivre pour un être humain ; cela signifie une incapacité à se débrouiller seul... Dans tous les propos ci-dessus présentés, la notion de dépendance est présente. Pourtant, je n'ai pas l'impression que les personnes en souffrent ; au contraire, il semble que ce soit une opportunité d'aller vers

un mieux. Doit-on alors parler de dépendance ? De pseudo-dépendance ? Ici, nous avons bel et bien un apport de moyens donc, une assistance qui peut être néfaste comme j'ai déjà pu le souligner. Ici, je parlerais plutôt d'assistance bienveillante dans la mesure où elle laisse aux personnes les sentiments de volonté, d'action, de choix....

Le dernier propos cité est intéressant pour la prévention de la santé. Cette personne fait des choses parce qu'on lui a dit (des professionnels) que c'était bon. Est-elle convaincue du bienfait ? Je ne sais pas, je ne sais pas si elle a compris mais elle change ses habitudes parce qu'elle fait confiance. Cette confiance qui fait acquérir de nouvelles habitudes de vie ne correspond certes pas à la capacité que peuvent avoir les individus pour prendre en charge leur santé qui suppose d'avoir compris pourquoi un geste est nuisible à la santé et pourquoi il vaut mieux ne plus le faire. Cependant, on peut voir ici que de nouvelles habitudes sont prises pour préserver dans ce cas bien particulier les enfants.... Ici, les enfants pourraient tenir une place importante dans le cadre de la prévention de la santé.

Le thème de L'ACTUALISATION DE SOI regroupe tous les discours attestant d'une sensation d'évolution positive, de progression. Ces discours sont nombreux dans les entretiens réalisés dans les deux structures ; d'ailleurs, beaucoup d'entre eux figurent dans les autres catégories. En effet, toutes les améliorations qui ont pu être décrites auparavant font partie d'une actualisation de soi, d'un mieux être. Une expression présente chez toutes les personnes interrogées et qui a bien sa place ici est "je me sens mieux" :

"(qu'est-ce que le C.A.S.P. apporte) la confiance en moi... "

"Le C.A.S.P. m'aide à être moi-même, le C.A.S.P. c'est un challenge sur moi-même pour m'en sortir... Le C.A.S.P. c'est aussi se respecter soi-même... Tout en faisant du sport, on relève des défis tous les jours, on va plus loin et ça, ça c'est intéressant"

"Il y a surtout que je me suis très épanouie depuis que je viens ici"

Pour les usagers, le sentiment de progression est fort. Les personnes abordent leur évolution de diverses façons ; par des faits (ce sont ce que j'appelle les améliorations analysées dans les autres thèmes) ou, par des expressions comme la confiance en soi ou l'épanouissement... Il est à préciser, la théorie le confirme, que la confiance en soi est un moteur dans la vie et, que ce moteur est nécessaire pour les personnes précarisées. La progression dont parlent les personnes concourt au mieux-être et, objet de ce grand thème, à l'adaptation à l'environnement.

Enfin, le thème "STYLE DE VIE", les gens montrent une amélioration de leur mode de vie ; ils se sentent mieux, ont de meilleures habitudes de vie, ils s'entendent mieux dans leur famille... Dans ce thème, les femmes au foyer attestent de leur travail au quotidien avec le logement et les enfants :

"Bah, c'est vrai qu'il y avait les enfants et qui fallait s'en occuper mais, à côté y avait rien".

Le passé et sa description plutôt sombre qui empiète encore sur le présent marquent beaucoup ce thème sur les styles de vie. Les personnes parlent de leurs problèmes, toutes les personnes interrogées les abordent plus ou moins longuement :

"Au lieu de galérer dans la rue, venir au sport... On n'a pas la même vie, les mêmes moyens, on a plein de problèmes... pas de travail".

"On y parle de ses problèmes... Je me suis trouvée à un moment, à une période très difficile de ma vie.... J'ai toujours travaillé depuis l'âge de dix ans... Avant ce travail, je travaillais ailleurs, j'étais femme de ménage et c'était la maison, le boulot, la maison, le boulot... J'allais pas bien".

"Bah, j'avais eu un très très grand problème avec le père de mon fils euh, il a fait quelque chose d'horrible donc ça m'avait profondément marquée, j'étais très marquée et j'étais devenue très très agressive... j'étais dans une période de dépression euh, c'était les gros traitements, plus parler à personne, se renfermer sur soi-même, euh, avoir la phobie de tout, j'avais peur de l'école, j'avais peur de sortir pour faire une course, j'avais peur. C'était devenu horrible, horrible à un point de vue aussi bien médical que psychologique han, c'était tellement angoissant, il m'avait vraiment, avec ce qu'il a fait, j'étais détruite... Je le vivais très mal... Je fais autre chose que de rester à la maison à regarder la télé ou à me ronger les ongles... Je vais pas rester en chemise de nuit toute la journée".

"On parle de la vie sur le boulevard, les problèmes qu'on rencontre un peu tous les jours hein, la violence, la drogue... j'aime pas les, les, les bagarres, j'aime pas les menaces, la violence, moi, elle me fait peur pour moi et pour mes enfants ; c'est pas bien, on frappe, on menace, tout ça moi, ça me fait peur. Pis, pour les enfants surtout, c'est pas prudent. Euh, on est arrivé à plus pouvoir les laisser jouer dehors parce qu'il y a tout plein de problèmes J'crois que le plus gros, c'est que le quartier est assez difficile à vivre ; c'est dur de dormir par exemple ; quand je vais chez ma mère, je m'installe dehors, au calme, c'est beau et j'dors bien. Ici, c'est plus dur. Le quartier est pollué avec la grande route ; on fait de l'asthme et, en plus, moi je fume. Ouais mais l'quartier y m'donne pas vraiment envie d'arrêter enfin, j'fume moins depuis que j'suis occupée et que j'me sens mieux...".

Nous pouvons constater que ce thème "style de vie" est jalonné par les problèmes et les difficultés passés ou présents. La vie en milieu pauvre est dure et, elle marque les gens. Le milieu de vie n'ajoute rien de positif à ceci, bien au contraire. J'ai déjà émis cette remarque dans d'autres thèmes

et on voit donc un mieux-être qui reste quand même à relativiser. Cependant, je remarque dans les discours quelque chose qui est important et qui est abordé par de nombreuses personnes c'est le fait de parler de toutes ces difficultés et, la structure fréquentée est un lieu ressource pour cela. Les personnes disent *"déjà rien que le fait d'en parler ça fait du bien"*. C'est peut-être aussi pour cette raison que les personnes ont parfois longuement parlé de leurs problèmes lors des entretiens...

Pour conclure sur l'ensemble du soi adaptatif, la valeur de soi ressort de façon importante et différemment selon les deux structures. Cette différence tient fort, à mon avis, aux différences entre les publics accueillis. Pourtant, dans les deux cas, la valeur de soi se réveille ; au C.A.S.P. c'est une valeur en lien avec l'insertion professionnelle essentiellement, au club santé c'est une valeur en lien avec la gestion de soi et du quotidien. Cette valeur qui se réveille apporte une meilleure image de soi et, également un mieux-être. Bien-sûr, l'autonomie plus grande dont témoignent les personnes est aussi importante dans ce thème.

Ce thème sur le soi adaptatif est encore traversé par des aspects un peu plus négatifs comme une forte présence des propos sur les difficultés et les dépendances. Ces aspects sont directement en lien avec la précarité et pas avec le fait de fréquenter les structures. Les discours prennent toujours une forme positive face à ces difficultés qui, malheureusement, ne vont pas disparaître comme cela, aussi facilement... Toujours est-il que ces difficultés sont mieux vécues ; cela traduit donc une adaptation. De plus dans ce mémoire, nous avons pu voir que c'est essentiellement le vécu de la situation de précarité qui était source de mal-être, de souffrances psychologiques et de maladies. Du positif apparaît encore malgré tout.

Pour reprendre l'hypothèse selon laquelle **"La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore les capacités d'adaptation qu'elles ont : le soi adaptatif selon René L'écuyer"**, l'analyse apporte une validation : une plus grande valeur de soi, une autonomie plus grande pour l'insertion et la vie en général et, un fort sentiment d'évolution et de mieux-être.

6.4 Le soi social

Le soi social est un indicateur du fait que la personne sort d'elle-même, s'ouvre aux autres, communique avec eux. Cette structure est divisée en deux sous-structures : la sous-structure "préoccupations et attitudes sociales" et la sous-structure "référence à la sexualité". Cette dernière n'a pas été explorée lors des entretiens pour une question de respect du public.

Les préoccupations et attitudes sociales regroupent les énoncés traduisant l'ouverture aux autres. Il y a trois catégories. La "réceptivité aux autres" qui met l'accent sur l'attitude positive vis à vis d'autrui : désir de communiquer, participation à des activités avec les autres, rencontres avec les autres, sensibilité aux autres... La "**domination**" comprend les aspects plus négatifs de la relation avec autrui : agressivité, moquerie, supériorité... La catégorie "altruisme" traduit la façon dont la personne est attentive aux autres, leur rend service, les aide, les encourage... .

LA RECEPTIVITE AUX AUTRES rassemble les discours montrant que les personnes ont une attitude positive vis à vis d'autrui, ont envie de communiquer et de participer à des activités et des rencontres avec les autres. Cette réceptivité atteste d'une sensibilité à l'autre. Cette réceptivité aux autres apparaît déjà lorsque les personnes parlent de leurs accès aux structures qui fait apparaître un tiers.

Une communication existe donc avant la structure ; celle ci est limitée à la famille et à quelques amis :

"J'ai euh, les seules personnes que je fréquente c'est la marraine à ma fille, la marraine à mon fils, c'est tout et, quelques amis".

"Avant j'étais toujours toute seule... Avant, je parlais pas, à personne".

Les témoignages de solitude avant la structure sont nombreux : un phénomène d'isolement lié à la précarité et au mal-être comme nous avons pu le voir. Le fait de participer à une structure rompt cette solitude et apporte du mieux-être :

*"**Je me sens mieux avec les contacts** qu'on a ici euh, avec les autres adhérents et puis, ça s'élargit, y a de tous âges".*

"Ca nous permet de rencontrer des gens à l'extérieur... De voir d'autres personnes... Il (le club santé) m'a aidé... à reprendre contact avec les gens, à savoir reparler, à ressortir".

Le quotidien des personnes était fait de solitude, d'ennui et de déprime ; j'ai déjà abordé ces aspects et, pour la santé, qu'elle soit physique ou mentale, il est important que cela change. Dans la partie théorique, nous avons pu voir qu'elle est aussi, parfois, à l'origine de certaines conduites nuisibles à la santé comme l'alcoolisme, la toxicomanie, la délinquance... Dans la structure, grâce

aux contacts qu'elles y trouvent, les personnes se sentent mieux face à ces difficultés, en l'occurrence, dans les discours, face à l'alimentation et à la dépression.

En général, les personnes interrogées approfondissent leurs discours. Plusieurs axes apparaissent : les rires et la bonne humeur, la confiance, la communication, l'apprentissage, la solidarité, l'approche du quartier et, le dépassement de soi :

*"C'est vrai qu'on a souvent des parties de rigolade.... On rigole bien et, c'est important parce **qu'on rigole pas toujours chez soi**".*

*"**Ils sont compréhensifs.... . on s'épaule, on parle. Bien sûr, moralement quoi ça compte. On peut s'apporter de l'aide... Les autres m'apportent leur amitié, c'est déjà très beau et, d'être et d'écouter aussi.... Dans mon bien-être, il y a aussi le fait d'aider au moral, de parler, d'écouter, le côté humain**".*

*"Je me suis trouvée à un moment, à une période difficile de ma vie où **j'avais un grand besoin de parler avec des gens... Ca me faisait du bien de parler, de sortir des problèmes, ça me faisait du bien de rencontrer les gens et d'être écoutée. Et, je me sentais mieux**".*

L'autre est encore source de nombreux apprentissages ; ce qui, encore, influe sur la valorisation de soi :

*"On **apprend** beaucoup avec les contacts en collectivité".*

*"Bien... le club santé c'est une.... rencontre entre des partenaires santé et des habitants du quartier et... on y parle bah,... de ce qu'on connaît pas et de.... .ce qu'on aimerait bien savoir et puis, de ses problèmes et de ceux des autres aussi. **On apprend des choses...**".*

*"Si ça m'apporte des choses... Bah, **on peut s'donner des renseignements, des conseils... Pis, on n'a pas toujours les mêmes connaissances. Bon déjà par exemple y en a certains qu'on n'a pas la même religion... on s'entend mieux ici et dans le quartier. On a tous des bonnes choses que tout le monde n'a pas et... . c'est enrichissant pour tous**".*

Les contacts avec les autres sont sources de nombreux bienfaits. Il y a déjà l'extériorisation des soucis et problèmes. La simple écoute des autres suffit à apporter un mieux-être. En outre, certains propos vont bien au-delà de la simple écoute pour aller vers l'aide, l'épaulement, le soutien, la compréhension.... Les personnes réalisent qu'elles ne sont pas seules, que les autres ont aussi des difficultés, les mêmes ou d'autres. Ce qui est alors intéressant dans cet échange c'est de se sentir compris, de voir que d'autres ont "survécu" à une situation similaire ou à une situation plus difficile encore. Quelques personnes laissent alors transparaître, dans leurs dires, le sentiment de solidarité et d'aide : *"y'a certainement plus de solutions dans plusieurs têtes"*. Un usager du

C.A.S.P. parle d'esprit d'équipe développé par le sport et utile dans la vie, il y a aussi la meilleure ambiance dans le quartier.

Je me rends compte que dans cet aspect social, les personnes se sentent aidées, elles envisagent mieux leurs soucis et cela les aide à les surmonter ou à les résoudre. C'est un point très positif de ce thème. Autre que la communication axée sur l'écoute et l'aide par rapport aux problèmes, on retrouve aussi une communication que je qualifierais de plus "banale" ; c'est simplement le fait de discuter avec les autres. Ainsi, les personnes interrogées disent qu'elles parlent, qu'elles apprennent à se connaître ; ce qui répond au besoin tout à fait humain d'être avec les autres. Pour tous, ces contacts, c'est un mieux-être.

Dernier point important de ce thème : le dépassement de soi grâce à l'autre. L'autre apparaît comme quelqu'un de différent, qui sait faire d'autres choses et qui incite donc chaque individu à se dépasser pour aller plus loin. Ceci est important dans cette étude sur le soi ; c'est grâce à l'autre que ce soi va pouvoir évoluer et cela est un pilier des théories du soi de Mead et d'autres auteurs dont j'ai déjà parlé :

*"On a plus de possibilités de se connaître, tout en se parlant, tout en faisant du sport et **on relève des défis tous les jours, on va plus loin** et ça, c'est intéressant".*

"Il y a des trucs qu'on aime pas faire seule, on a peur de se tromper, on doit rencontrer des gens et puis on ose pas, bon bah on s'aide, on s'accompagne. J'aurais pas trouvé tout ça si j'étais pas venue ici, hein, c'est sûr".

La DOMINATION est un aspect peu présent dans les discours. Par contre, nous pouvons observer un sentiment de soumission à la précarité, à la violence dans le quartier, à la vie familiale difficile.... Néanmoins, nous pouvons aussi remarquer que les situations s'améliorent au fil des temps, par la fréquentation de la structure :

"La violence, moi, elle me fait peur pour moi et pour mes enfants".

"Mon mari, il me rabaissait souvent... Maintenant, c'est plus du tout l'même coup".

Par contre, les propos sur l'altruisme sont fort présents. Ce que je constate, c'est que le fait de vivre des choses difficiles rend sensible aux difficultés des autres. Aussi, le fait de se sentir mieux dans la structure donne envie d'apporter la même chose aux autres. En plus c'est une source de satisfaction :

*"Ca m'arrive des fois, par exemple des personnes âgées euh, **de faire du bénévolat**, par exemple réparer une prise, déboucher un lavabo ou un truc comme ça... . Au C.A.S.P., **on s'épaul**e, je peux apporter des conseils".*

*"J'ai une autre façon de renseigner les gens quand ils me parlent de leurs problèmes... J'essaye d'améliorer un petit peu mes connaissances et **celles des autres.... Je peux aider les autres** par ce que j'ai vécu et ce que j'ai fait... . J'aime bien être en contact avec les gens, **j'aime pas voir les gens malheureux, j'aime pas voir les gens avoir des problèmes... ça leur apporterait du bien. Je voudrais arriver à mobiliser les gens pour que ça leur fasse du bien**".*

*"Aussi, **je me suis fort investie pour aider les autres...** . On a fait une action pour le p'tit qui s'est fait tuer sur le boulevard... . Le club santé m'a permis d'aller défendre les habitants... . Améliorer mon quartier et **notre vie...** ".*

Au C.A.S.P., l'altruisme s'oriente vers le professionnel (faire une carrière dans le social) ; au club santé, l'altruisme est consécutif à un esprit de solidarité, de mieux-être pour tous dans le quartier. Il se déploie à double sens : *"Moi, je vais garder les enfants d'une amie, elle vient au club rencontres et on se rend service comme ça... . Le club rencontres ça sert aussi à ça, aussi à se rendre service"*.

Pour conclure sur le soi social des personnes interrogées dans les structures, il n'y a que du positif qui apparaît. Le thème de la réceptivité aux autres est très développé et je constate que les rapports avec les autres sont de grandes richesses pour les personnes vivant des difficultés. Ces autres rencontrés dans les structures permettent la communication qui parfois allège les soucis. Ils agissent sur la vision que chacun a de soi (l'autre est source de plus de savoirs et de dépassement de soi et, nous l'avons déjà abordé, il entre en compte dans l'image sociale). Fréquenter d'autres personnes qui ont le même statut que soi permet d'amoinrir le poids de l'image inférieure que s'accordent les personnes. C'est donc un regard des autres qui est moins pesant parce que ces autres ont eux-aussi des difficultés.

Les autres et toutes les richesses qu'ils peuvent apporter ne comblent certes pas la pauvreté matérielle mais, ils apportent des choses par rapport au soi et donc, à la souffrance psychique des personnes. Bien sur, nous l'avons amplement abordé dans la partie théorique, tout ceci contribue à une meilleure santé globale.

L'hypothèse que j'avais posée sur ce thème était : **La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore leurs rapports sociaux : le soi social selon René L'écuyer**. Comme suite à tout ce qui vient d'être dit, nous pouvons valider cette hypothèse parce que les personnes créent des rapports sociaux qui sont bénéfiques à chaque personne dans son individualité et aussi, à tous dans la globalité.

6.5 Le soi non soi

Le soi non soi incorpore tous les énoncés dans lesquels la personne ne parle plus d'elle mais des autres tout en étant concernée. On retrouve aussi dans cette structure les instants où la personne parle de ce que les autres pensent à son sujet ; ce qui est une façon détournée de parler de soi. On trouve ici deux sous-structures : "les références aux autres" et "les opinions des autres sur soi".

■ Les références aux autres

Les références aux autres sont des énoncés dans lesquels la personne parle des autres réellement. Se retrouvent ici des identifications, des différenciations...

Bien souvent, la référence à l'autre est utilisée pour justifier la situation (par exemple, si la personne n'a jamais fait de sport, c'est parce que ses parents trouvaient que cela coûtait trop cher). Nous rencontrons aussi un discours orienté sur les professionnels et, ce discours vise à situer la personne plus positivement. Ici, je me rends compte que la différence liée à la précarité est amoindrie ou justifiée ; Bien sûr, de façon détournée, les personnes parlent encore de leurs difficultés mais, j'ai l'impression que le poids de ces difficultés est allégé grâce à la présence de l'autre :

"Monsieur L. , il s'est aperçu que j'étais encore un valide et que je me dépensais quoi. Physiquement, j'ai encore la possibilité malgré mon âge".

"Au C.A.S.P., c'est des éducateurs formateurs, des animateurs donc, c'est des gens comme vous et moi mais seulement, ils ont choisi de faire du sport et de faire aimer le sport à d'autres personnes quoi... Les éducateurs savent (les difficultés) et veulent aider".

En ce qui concerne les références aux autres, des identifications et des comparaisons sont présentes. Ces phénomènes entrent dans le cadre du dépassement de soi :

"On me donne des conseils pour m'améliorer surtout en sport... Il m'a montré un truc, tant que j'y arriverai pas, j'voudrais l'faire alors, ce sera peut-être long mais j'y arriverai...".

"Ils (les autres) m'apportent des conseils... je les écoute et des fois je me dis ah bah je ferais pas comme ça. Donc, ça me permet aussi de dire qu'il y a des choses que j'entends et pis que j'aime pas et donc que je trouve pas logique et ça me permet de pas faire la même gaffe".

Encore une fois, la présence des autres montre à chacun la vie, les réussites et les échecs des autres et cela apporte de se situer et de se diriger dans la vie. Nous pouvons aussi voir que les personnes se comparent aux autres et, c'est aussi la possibilité de se valoriser en remarquant que sa propre façon de faire est "mieux".

En parlant des autres, les personnes parlent d'elles-mêmes et, pour conclure, nous pouvons dire que l'autre apporte beaucoup de choses à chacun. La présence de l'autre stimule et aide à avancer vers un chemin choisi. L'autre et ce qu'il amène de lui aident aussi à choisir ce chemin. Encore, l'autre aide chacun à se situer et à repérer le positif en soi. Nous avons déjà beaucoup parlé d'image sociale ; cette image est très présente, ici, implicitement. Chacun essaye de faire en fonction de ce qu'il perçoit des autres et en fonction de l'image qu'il pense laisser aux autres.

■ Les opinions des autres

Les opinions des autres sont des discours détournés sur soi-même. C'est ce que pensent les autres ou, la reconnaissance de l'opinion des autres.

Pour commencer, des personnes ont montré de la reconnaissance de ce que disaient les autres au sujet de leur accès aux structures. En effet, beaucoup ont intégré la structure suite à un conseil venant de quelqu'un ami ou famille ou autre :

"(comment il a connu le C.A.S.P.) C'est mon oncle. **Ton oncle ?** Oui, il travaille ici et puis, il a vu que je partais en couilles et il m'a dit de venir faire du sport. Après, il m'a dit tu veux venir ici, te faire héberger ici ? J'ai dit oui, j'veux bien, moi, ça me dérange pas".
Puis : **"Est-ce que tu peux me dire ce que ta famille, ton entourage pensent de ce que tu fais au C.A.S.P. ?** Ils le savent même pas. **Ils ne savent pas... est-ce qu'il y a quelqu'un qui sait que tu viens au C.A.S.P. ?** Y a mon oncle. **Et, qu'est-ce qu'il en pense lui ?** Ah bah, lui, il est content. Il pense que j'ai changé. Il m'a dit, en un mois, t'as énormément changé....".

Ce qu'il ressort c'est que les personnes prennent en compte l'opinion des autres avant la structure. Généralement, cette personne qui écoute est quelqu'un qui s'intéresse à la personne, qui marque de l'attention alors que la personne ne se sent pas bien. En fait, je dirais que la personne qui souffre et qui se sent seule "s'attache" à toute personne lui marquant de l'attention et l'écoute afin de pouvoir aller vers un mieux.

Les autres discours témoignant de l'opinion des autres sont relatifs aux changements et aux satisfactions. L'opinion de l'autre compte encore :

"Il pense que c'est bon pour moi".

"Je vois souvent ma sœur et ses enfants sur Béthune. Ils sont contents quoi que, que, au moins, j'ai quand même trouvé une activité sportive et, quand il vont savoir que, malgré tout, j'ai pu trouver un C.E.S. ils vont être très contents aussi".

*"J'ai une fille qui me dit toujours **"continue maman, je suis fière de toi"** parce que bon, elle sait que j'ai pas fait beaucoup d'études puis elle voit que je m'investis bien, que je suis bien".*

La famille est beaucoup évoquée dans les discours que ce soit au C.A.S.P. ou au club santé. Toute l'importance de la famille que j'avais abordé dans le cadre du club santé est présente aussi dans ce thème. Leurs avis sont assez importants. C'est parfois leur inquiétude qui est mise en cause ; ces proches voient que la personne va mieux et s'inquiètent moins ; la personne pense créer moins de soucis à ses proches parce qu'elle se sent mieux. C'est aussi la fierté de soi. Des enfants, une famille... qui sont fiers, c'est important pour chacun, cette fierté se reporte sur la personne elle-même en modifiant donc, l'image de soi. Encore, le fait de ne pas "faire honte" à la famille apparaît.

Les personnes autres que la famille sont peu évoquées ; certes, elles sont peu nombreuses. Mais, quelques discours les présentent comme facteur de la valeur de soi ou, pour des avis sans valeur puisque négatifs ; dans ce dernier cas, c'est le bien-être dans la structure qui est prioritaire. Néanmoins, des éléments me font dire que cet avis compte :

"on se sent moins bête auprès des autres". "Tout le monde voit le changement".

"Bah, on est reconnu. J'veux dire que entre nous, on s'écoute, on se fait attention. On est reconnu, on est reconnu comme j'sais pas dire... On est habitants ici et on a la parole, on nous écoute. Et puis, on est reconnu par des personnes de la municipalité. Parce que c'est souvent bon, tu vas dans leurs bureaux, t'es un habitant, ils vont peut-être t'écouter mais t'es qu'un habitant tandis que quand tu fais partie comme le club santé euh, c'est différent, ils savent qu'il y a un suivi, ils écoutent pour de vrai".

Ici, tout le discours déjà avancé au sujet de l'image sociale réapparaît. Les autres, qu'ils soient de la famille ou pas, voient le changement et se créent une image plus positive de la personne. Ceci est encore renforcé quand cet autre est une personne de position supérieure comme une personne de la municipalité ; la personne écoutée par la municipalité se sent plus importante ; elle se sent compter dans la société.

Nous pouvons associer cette meilleure perception du regard des autres à une meilleure perception de soi-même. La personne qui se sent mieux et qui retrouve confiance en elle se sent mieux perçue par les autres ; elle se

sent mieux jugée par les autres. On voit bien ici l'amélioration de la perception de soi.

Enfin, d'autres discours sur les autres peuvent entrer dans cette catégorie. Ces discours prennent place dans l'acquisition de savoirs dont font preuve les membres du club santé ; pour apprendre, ils écoutent ce que disent des professionnels et reconnaissent ces dires dans la mesure où ils essayent de les appliquer :

"Des psychologues sont venus nous parler... On a appris beaucoup sur les enfants".

"Je suis les conseils qu'on peut avoir ici... On nous a dit que c'était bon, donc je pense que je fais bien".

Les personnes prennent en compte ce que disent les autres, ici, ces autres sont des personnes professionnalisées dans un domaine et elles sont perçues comme des personnes de confiance qui sont écoutées en vue d'un mieux-être.

Les opinions des autres sur soi nous apprennent des choses quant à ce que la personne pense d'elle-même. En effet, parler des autres, c'est aussi parler de soi de façon détournée. Ne sachant pas clairement ce que pense l'autre comme si nous étions dans son corps et dans sa tête, nous ne pouvons que supposer et percevoir et, ces suppositions et perceptions prennent leur source dans ce que nous connaissons le plus, nous-mêmes. Ainsi, ce thème sur les opinions des autres fait apparaître quelque chose de fondamental, c'est une meilleure perception de soi-même qui ici apparaît comme une meilleure perception de soi par les autres.

Dans ce thème, les personnes montrent qu'elles s'accordent une certaine valeur qu'elles n'avaient pas avant et qui est source de fierté. On voit bien, encore, que la personne se perçoit mieux. Les enfants ainsi que la famille et d'autres parfois le ressentent aussi et, c'est toute une ambiance sociale qui s'en trouve modifiée. Les rapports avec les enfants ou les conjoints s'en trouvent améliorés et cela est important déjà pour chaque membre de la famille qui se sent mieux considéré. Ceci est d'autant plus important que, comme nous avons pu le dire, les conflits et difficultés familiales dans les milieux précarisés sont source de stress. Une personne va mieux et c'est toute une communication, une vie familiale qui s'améliore.

Pour conclure sur la globalité du thème du soi non soi, nous remarquons encore une fois l'importance de l'autre, autre qui est appréhendé grâce à la structure. L'autre, qu'il fréquente la structure, qu'il soit ami ou membre de la famille est un référent pour soi-même. Ainsi, il permet d'avancer, d'aller plus loin et de dépasser le présent difficile. Aussi, la présence de l'autre permet une meilleure perception de la situation, de soi-même et aussi de soi-même parmi les autres. L'autre amène des informations nouvelles par rapport à lui-même, par rapport à soi et à la vie en général et, toutes ces

nouvelles informations entrent en compte pour se créer une nouvelle représentation de la situation et de soi-même.

Tout ceci est important en ce qui concerne la conception que chacun a de soi-même. Cela ne sera qu'une réitération de constats déjà faits mais, il est bon de le rappeler ici, l'autre est un élément important de la conception de soi et, les discours répertoriés dans ce thème en sont encore la preuve.

L'hypothèse que j'avais posé concernant le soi non soi était : **La participation des personnes défavorisées à l'une des structures citées améliore la perception de l'autre : le soi non soi selon René L'écuyer.** Suite à tout ce qui vient d'être analysé dans ce thème, nous pouvons valider cette dernière hypothèse.

EN CONCLUSION

L'analyse menée à son terme, nous pouvons constater que la méthode utilisée dans cette recherche a amené les personnes à me parler d'elles-mêmes, de ce qu'elles percevaient d'elles-mêmes avant de fréquenter la structure et, ce qu'elles perçoivent d'elles-mêmes depuis qu'elles fréquentent soit le C.A.S.P., soit le club santé. La méthode m'a donc permis d'obtenir des éléments d'information relatifs aux divers aspects du soi.

Depuis qu'elles fréquentent les structures, les personnes ont changé dans leur façon d'être, dans leur façon de se représenter ce qu'elles sont et dans leur conception de l'environnement. Voici, de façon synthétique, tous ces changements repérés grâce à l'analyse des entretiens pour chaque thème du soi :

- Pour le soi matériel, le fait de fréquenter une structure incite les personnes à faire plus attention à leurs corps et, les perceptions de ce corps s'en trouvent améliorées. Aussi, la structure apporte des moyens sans enlever aux personnes leurs responsabilités face à leurs vies ; ces moyens contribuent à alléger la perception de pauvreté que chacun ressent par rapport à lui-même et par rapport aux autres.

Enfin, dans ce soi matériel, les relations et les rencontres qui s'établissent au sein des structures contribuent elles aussi à amoindrir le sentiment de pauvreté et apportent un regard plus lucide et donc, une perception améliorée de la situation de chacun.

La perception du soi matériel est donc fort influencée, positivement ; les personnes "se regardent mieux" et, elles en retirent beaucoup de bien-être.

- Pour le soi personnel, les personnes se perçoivent mieux "à l'intérieur" d'elles-mêmes. Elles retrouvent une confiance en elles et en l'avenir, ce qui les replace dans une dynamique pour vivre et pour avancer. Cette confiance en soi découle essentiellement d'une rencontre avec les capacités et les valeurs que chacun a en soi et que la situation de précarité peut faire oublier.

Ainsi, au lieu d'une perception de soi négative en lien avec le contexte de vie vu négativement, les personnes apprennent petit à petit à s'aimer et à se voir positivement et, cette meilleure perception de soi et de l'environnement en général font que les personnes arrêtent de se laisser aller, prennent conscience de leur existence et du fait qu'elles peuvent agir pour essayer d'améliorer leur vie.

Dans ce soi personnel, nous nous rendons compte que les personnes retrouvent de la gaieté et se sentent à nouveau utiles, ce qui prouve encore du mieux-être.

- Pour le soi adaptatif, les personnes témoignent d'une plus grande efficacité face à elles-mêmes et face à la gestion de leur vie ; elles se trouvent des compétences et de meilleures prises en charge d'elles-mêmes et de leur quotidien.

Le sentiment de dévalorisation engendré par la situation de précarité s'amointrit pour laisser place à un peu de valorisation. C'est encore la perception de soi-même qui est plus positive mais aussi la perception de l'environnement et du regard des autres. C'est toute l'image de soi ainsi que l'image sociale qui sont améliorées.

Les personnes se sentent changées ; elles se sentent mieux en elles-mêmes et mieux dans leur environnement ; elles s'adaptent tout en restant dans des situations difficiles. Ce n'est pas la précarité qui disparaît grâce aux structures, c'est le vécu de cette précarité et surtout la perception qu'en ont les personnes qui change avec tous les bienfaits au niveau du concept de soi de chacun.

- Pour le soi social, les structures regroupent des individus et donc, des rencontres se font. Ces rencontres sont des richesses parce qu'elles permettent à chacun de lutter contre sa solitude et sa déprime.

L'autre permet aussi à chacun de développer sa communication, de soutenir ou/et d'être soutenu dans des moments difficiles ; ces moments sont donc mieux abordés, mieux supportés et mieux gérés. L'autre invite également au dépassement de soi et est à l'origine d'acquisitions, de savoirs qui "grandissent" chacun.

C'est avec l'autre que chacun apprend à s'améliorer, à accepter l'autre et à s'accepter tel qu'il est. La perception de soi se fait aussi dans les relations sociales. Cet autre renvoie à chacun une image qui peut différer de l'image dévalorisée portée sur soi, ce qui peut enrichir la perception de soi.

- Pour le soi non soi, l'autre apparaît encore comme un élément capital de la représentation de soi et de l'environnement. Quand les personnes étaient seules, elles étaient enfermées dans leurs représentations négatives. La présence de l'autre élargit les horizons.

L'autre aide à mieux se situer que ce soit par rapport à soi-même, à l'environnement ou aux autres. C'est aussi avec l'autre que chacun peut acquérir un sentiment d'existence. Encore, l'autre est un modèle qui permet d'avancer ou de reculer face à certains événements.

Pour chaque aspect du soi dont je viens de résumer les bénéfices liés à la fréquentation des structures, nous pouvons constater un mieux-être ainsi qu'une perception de soi globale plus positive. Ce sont tous ces bénéfices qui ont fait que j'ai validé les hypothèses se référant à chacun de ces aspects. Mon hypothèse générale s'en trouve donc également validée : **Des structures comme le C.A.S.P. de l'Armée du salut et le club santé du centre social**

Marcel Bertrand participant à l'amélioration du concept de soi des personnes précarisées, condition indispensable au bien-être physique, psychologique et social.

Bien sûr, cette validation reste globale à tous les discours obtenus lors des entretiens. Il ne faut pas croire que chaque personne qui va fréquenter l'une des deux structures va profiter de tous les bénéfices présentés ici. En fait, cette conclusion montre tout ce que les structures sont susceptibles de développer chez les personnes interrogées au cours de l'enquête. Individuellement, certains vont plutôt développer leur soi matériel, d'autre leur soi personnel ou leur soi social... Toujours est-il que chaque personne interrogée a pu témoigner d'une meilleure perception d'elle-même, d'un mieux être et d'un concept de soi amélioré.

L'analyse montre encore la complexité du soi et, que tous les aspects identifiés par R. L'écuyer apparaissent comme en constante interaction. Toute modification d'un aspect du soi influe sur les autres. Ce qui me paraît logique puisque avant d'être un soi matériel, un soi personnel, un soi adaptatif..... le concept de soi et l'individu sont avant tout une globalité.

Ceci me permettrait d'expliquer pourquoi, même si elles n'ont amélioré qu'une partie de leur soi, les personnes s'en trouvent changées globalement. Ce que je dirais, c'est que, au sein des structures, chacun peut trouver ce dont il a besoin pour développer la représentation qu'il a de lui-même et, pour se sentir mieux.

Si cette conclusion donne un aspect de "tout beau, tout rose", ce n'est pas le cas déjà par ce que je viens juste de présenter ; tout ne bénéficie pas à tout le monde. De plus, il faut souligner que les structures ne sont pas les remèdes magiques à la précarité. Les personnes restent dans leurs situations difficiles ; les structures les aident juste à mieux vivre ces difficultés pour mieux les surmonter peut-être. Je pense que c'est déjà beaucoup et, les personnes que j'ai pu rencontrer me l'ont prouvé.

Pour terminer cette conclusion sur l'analyse, je voudrais rappeler des points importants apparus et notamment ce qui fait la différence entre les deux structures :

- La famille et les enfants sont des piliers des discours au club santé ; ils sont forts présents en ce qui concerne l'image de soi.
- L'image de soi telle qu'elle apparaît au C.A.S.P. s'oriente vers l'insertion sociale et professionnelle.

Pour conclure cette recherche, je voudrais d'abord dire qu'elle m'a apporté beaucoup au sujet de la question que je me posais, certes, mais aussi au niveau de la connaissance du public qui me préoccupe ainsi que de son état de santé global. Revenons en premier lieu sur le point essentiel de ce mémoire, la grande souffrance psychique des personnes précarisées et toutes les

répercussions que cela peut avoir sur leur santé comme nous avons déjà pu le souligner. L'analyse nous a montré que des structures comme le C.A.S.P. et le club santé, et c'est aussi sûrement le cas d'autres structures, sont des "remèdes" à cette souffrance. Les personnes que j'ai interrogées ont pu témoigner d'un mieux-être et donc, d'une meilleure santé globale.

L'approche par le biais de l'identité s'est avérée fort riche par rapport aux domaines explorés dans cette recherche : la santé globale, le bien-être, la précarité et l'insertion. Nous avons pu voir à travers la théorie et aussi, dans les discours des personnes, que la situation de précarité influence fortement cette identité. Cette situation engendre des dépressions, du laisser-aller, de la négligence de soi et de sa vie, des conduites échappatoires nuisibles à la santé... et, surtout, ce qui détruit fortement les personnes, un profond mépris de soi ainsi que des doutes par rapport à soi et à ses capacités. Les deux facettes de la santé, la santé biologique et, la santé "mentale" qui, je le rappelle, sont en constante interaction, sont touchées. Voilà peut-être pourquoi cette partie de la population est en plus mauvaise santé...

Les structures dans lesquelles j'ai réalisé mon enquête aident les personnes à "renouer" avec elles-mêmes, à s'aimer, à voir en elles non plus que du négatif mais aussi, du positif. C'est l'identité des personnes, les façons qu'elles ont de se percevoir qui sont améliorées. Les structures permettent aux personnes jusqu'alors rongées par leurs situations de se voir autrement que "des pauvres qui ne valent rien" et, par-là même, de se sentir mieux dans leur tête, dans leur corps, dans leur environnement et, dans leur vie.

L'angle de l'identité, aspect plutôt psychologique est fort important pour les personnes qui, d'ailleurs, en parlent plus que leurs soucis matériels. D'où l'insuffisance des aides financières dont j'ai pu parler dans ce mémoire. Les structures, en prenant en charge cet aspect psychologique, m'apparaissent comme de bons compléments à ces aides matérielles.

Cette recherche portait essentiellement sur l'identité et le concept de soi, des éléments clé de la santé psychologique et du bien-être. Nous avons pu voir l'importance de la santé psychologique dans la santé en général. Cette santé psychologique, quand elle est bonne, assure une bonne santé mentale mais aussi une meilleure santé physique. Cette recherche m'a également apporté des éléments relevant de cette santé plutôt physique et de la prévention en général. L'approche par l'identité permet donc d'aborder la santé "mentale" mais aussi la santé physique.

Du côté de la santé physique, les personnes retrouvent des activités, des espoirs, elles se sentent mieux... Ainsi, elles tendent à abandonner des conduites "substitut" au bien-être comme l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie... Ceci est un point important quand il s'agit de la surmortalité que connaissent les personnes en situation de précarité vis à vis des cancers liés à l'alcool et au tabac et, vis à vis des maladies cardio-vasculaires. J'ai aussi pu noter que tout le travail sur l'identité amenait les personnes à s'intéresser plus à leur santé, à faire plus attention à leur corps. Notamment, elles font plus attention à leur alimentation ce qui, encore une fois, est à considérer au regard

des maladies cardio-vasculaires. Aimer son corps, s'aimer aide beaucoup à prendre soin de soi à l'intérieur comme à l'extérieur.

La santé physique se trouve améliorée non seulement parce que les personnes vivent avec moins de nervosité, ce qui est ravageur biologiquement mais aussi, parce que les personnes font plus attention. Cette attention accrue est possible parce qu'il y a du mieux-être, parce que la situation de précarité est perçue autrement. Toujours relevant de la santé, j'ai pu noter que l'identité pouvait influencer la consommation des soins, ce qui n'est pas à négliger dans le cadre de la surconsommation des urgences dont fait preuve cette population.

J'ai également pu remarquer des éléments à considérer en ce qui concerne la prévention pour le public considéré. Les choses sont différentes selon l'une ou l'autre des structures. Au C.A.S.P., l'approche par le sport de l'identité est un moyen de favoriser la santé de jeunes à conduites "déviantes" mais aussi de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Le sport et la vie associative relancent les jeunes dans des démarches, dans de la confiance en eux ; cette confiance est un atout majeur de l'insertion.

Pour prévenir la santé des mères de famille du club santé, il est possible d'intervenir par rapport aux enfants. Ces mères que la précarité avait pu décourager par rapport à l'éducation de leurs enfants retrouvent du mieux-être et une volonté plus grande de bien faire face à cette éducation. L'enfant arrive au centre de tout ; élever correctement les enfants semble perçu comme un travail source de valorisation comme peut l'être un travail à l'extérieur qu'elles n'ont pas généralement. C'est intéressant pour la prévention car, passer par la santé des enfants peut permettre non seulement de toucher toute une famille mais aussi de faire acquérir aux enfants les gestes santé qui risqueront de se reproduire dans les générations futures.

Le C.A.S.P. et le club santé sont des structures différentes qui accueillent des publics différents ; l'identité y est abordée de façons différentes mais, chacune porte ses fruits ; chacune est bien adaptée aux difficultés de leur public. Bien sûr, ce travail sur l'identité nécessite une prise en charge à long terme ; dans les deux structures, les résultats de l'enquête sont plus accentués chez les personnes qui fréquentent la structure depuis longtemps. Quand on voit les dégâts que peut faire la santé "mentale" et aussi l'identité détériorée au niveau de la santé, je pense que cela vaut le coup...

Je garde de ce travail des moments difficiles, des moments de doute mais aussi, une expérience très enrichissante et un sentiment de contribuer à l'aide aux personnes en difficultés. Il m'a également apporté de nombreux repères en ce qui concerne la prévention pour ce public. Cette recherche m'a convaincue de la nécessité d'une approche du concept de soi des personnes défavorisées en ce qui concerne leur santé.

J'aurais aimé pouvoir poursuivre le travail que j'avais commencé avec la Croix-Rouge ; je pense que cette structure aurait pu aussi être source d'informations sur le sujet traité... Il y a de nombreuses structures toutes aussi différentes les unes que les autres, de nombreux secteurs géographiques dans lesquels la précarité se dessine de façon différente que dans le quartier de Lille-Moulins ;

je pense au quartier de Lille-Wazemmes regroupant des personnes défavorisées essentiellement de nationalité étrangère avec lesquelles l'approche sera peut-être différente... . Je vous laisse juge ; la précarité est un vaste domaine et toute idée demande à être approfondie pour qu'un jour, peut-être, elle ne fasse plus autant de mal qu'elle ne le fait de nos jours... .

BIBLIOGRAPHIE

Santé, Education à la santé et prévention ; données générales et données en milieu défavorisé

- 📖 E.La Rosa., Santé, précarité et exclusion, P.U.F., collection le sociologue, 1998, 223 pages.
- 📖 S.Paugam., La disqualification sociale - essai sur la nouvelle pauvreté, collection sociologies, P.U.F., 1991, 253 pages.
- 📖 M.Toussignant, Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques, 1992, 251 p.
- 📖 Guide Santé Précarité, Observatoire Régional de Santé du Nord Pas-de-Calais (Bernadette Tillard et Michèle Tricart), novembre 1999.
- 📖 Magazine Le Nord, mai 1999, Numéro spécial "Lutte contre les exclusions".
- 📖 Prévenir - Inégalité Santé Exclusions - cahier d'études et de réflexion, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, 1^{er} semestre 1995, 207pages.
- 📖 Prévenir, Marseille, n°30, premier semestre 1996, pp 101-113.
- 📖 Revue française des affaires sociales, n°2, juin 1999, 53^{em} année.

Développement personnel

- 📖 A.Du Bus, L'estime de soi – recherche de repères théoriques, Croix-rouge de Belgique/service éducation pour la santé, 1998, 29 pages.
- 📖 D.Fontana, Gérer le stress, Collection psychologies et sciences humaines, éditions Mardaga-Liège-Bruxelles, 147 pages, 1989.
- 📖 J.Godefroid., Les chemins de la psychologie, éditions Mardaga, 1987, 788 pages.
- 📖 Lipiansky, Toboada-Leonetti et Vasquez, "Introduction à la problématique de l'identité" et Lipiansky, "Identité subjective et interaction", Stratégies identitaires, P.U.F. – psychologie d'aujourd'hui, Paris, 1990, 242 pages.
- 📖 Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de Pierre Tap, Editions sciences de l'homme –Privat, 1986.

Les techniques d'enquête

📖 Alain Blanchet et Anne Gotman, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Nathan université, collection sociologie 128, Paris, 1992, 125 pages.

Dictionnaires

📖 Dictionnaire actuel de la formation et du développement personnel, Edition E.S.F. établie par Lionel Bellenger et Philippe Pigallet, collection formation permanente en sciences humaines, 1996, 335 pages.

📖 Dictionnaire actuel de l'éducation, Rénauld Legendre, Editions Guérin Montréal, 2^{ém} édition, 1993.

UNE ACTION D'INSERTION SOCIALE A ANOR UN MIEUX-ETRE EXPRIME PAR LES PARTICIPANTS

Par Claude COCHARD

Ce qui est important (...), c'est la façon de voir et l'évolution de celui qui parle.

E. TRAPPENIERS,
Famille quand tu nous tiens.

Les actions décrites ici s'inscrivent dans la continuité d'un travail commencé voici 4 ans et qui a fait l'objet d'un mémoire de D.U.F.A. sous le titre "Les bénéficiaires acteurs dans l'action des Restaurants du Cœur au Centre de distribution d'Anor".

Avec la responsabilité qui m'a été confiée par le Comité local des Restaurants du Cœur, il m'a été possible de réaliser les activités d'accueil et d'intégration des bénéficiaires à l'action de distribution qui leur est destinée et d'aller au delà, par des actions en amont comme la culture de jardins dont une partie de la récolte serait destinée aux Restos ou en aval par l'organisation de rencontres de femmes sur des thèmes divers comme la santé et l'alimentation ou simplement apprendre (ou réapprendre) à sortir de chez soi.

C'est dans ce sens qu'a été créée l'Association "A deux Mains".

Depuis maintenant plus de deux ans, douze à quatorze personnes se retrouvent, sans aucune contrainte, toutes les semaines pour participer aux diverses activités qu'elles ont souhaitées, en attendant la réalisation d'un projet plus important : une épicerie solidaire alliant aide alimentaire et insertion sociale.

Au-delà de ces actions, on peut penser que celles-ci provoqueront un changement de comportement chez les participants. Il est possible, dès maintenant, d'évaluer d'éventuels changements, souhaitant que ceux-ci sont bénéfiques notamment en termes de "mieux-être", pris ici dans son sens le plus large : c'est le sujet du mémoire de Maîtrise de Sciences de l'Education qui a été présenté en septembre dernier.

Dans un premier temps nous observerons le contexte social et les effets de la crise économique, sur la montée du chômage, la situation d'Anor - autant d'éléments influant sur les conditions économiques et sociales dans lesquelles vit une partie numériquement importante de la population - et la proposition de

Coluche de créer des lieux d'accueil où les plus démunis auraient à manger, les Restaurants du Cœur, et des propositions de bénéficiaires aboutissant à la création de l'association "A deux Mains", ses participants, ses actions, ses partenaires, son fonctionnement, sachant qu'on ne peut séparer les buts et sens des actions développées du contexte local.

La deuxième partie portera sur l'exploration des champs théoriques, des idées de base et réflexions sur lesquelles s'appuient ces actions : le handicap du chômage, la stigmatisation et les catégorisations qui s'en suivent, le concept de soi, la conscientisation et le pouvoir que se sont donnés les participants par les actions développées et la méthode pédagogique employée.

La troisième partie portera sur l'évaluation des actions développées par l'expression des usagers sur les changements de comportement dans leur vie quotidienne, les méthodes d'investigation, les résultats escomptés et obtenus puis leur analyse.

1. UN BREF RAPPEL DES EVENEMENTS

En 1973, l'augmentation brutale du prix des produits pétroliers engendre de profonds déséquilibres financiers dans le budget de la France, remettant en cause la progression du développement des "30 glorieuses" d'après guerre. Le taux annuel de croissance passe de 5,8 % pour les années 1960-1973 à 2,8 pour 1973-1979¹⁴⁷.

Déséquilibre économique, modernisation et automatisation des moyens de production permettant de "diminuer les coûts", entraînent une forte montée du chômage, les chiffres parlent d'eux-mêmes : la France compte 530 000 demandeurs d'emploi en 1970, 912 000 en 1975, 1 492 000 cinq ans plus tard, 3 151 000 en 1997¹⁴⁸, soit 12,6 % de la population active, la population ouvrière est la plus affectée par la diminution des effectifs au travail.

La Région Nord Pas de Calais, région de forte tradition industrielle est touchée de plein fouet : après la fermeture des mines, le déclin du textile et la restructuration de la métallurgie, la Région voit augmenter le taux de chômage de 4,7 % en 1975 à 16,6 % en 1995¹⁴⁹ et "dans le sud-est de la région, un ensemble de zones localisées dans l'ex-bassin minier ou dans la vallée de la Sambre, autrefois zones productives industrielles, font aujourd'hui figure de parents pauvres, (...) ces zones sont les plus touchées par le chômage et la fuite des populations. Depuis 1975, la perte des emplois dans l'industrie n'a jamais pu être compensée malgré l'implantation d'établissements importants"¹⁵⁰

¹⁴⁷ L'État de la France et de ses habitants, *La découverte*, Paris, 1989, 514 pages, p 300

¹⁴⁸ INSEE, La France en bref, Main d'œuvre, document Internet, mars 1998.

¹⁴⁹ L'état de la France 97-98, *Éditions La Découverte*, Paris, 1997, 690 pages, p 340.

¹⁵⁰ Profils, dossiers de l'INSEE, le Nord Pas de Calais et ses emplois, 1996, p 6

Cette situation a justifié l'inscription de l'arrondissement d'Avesnes sur Helpe, ainsi que celui de Valenciennes à un moyen d'intervention de l'Union Européenne appelé Objectif 1¹⁵¹,

En France, des hommes, des femmes, des enfants ne mangent pas tous les jours à leur faim.

1.1 La commune d'Anor

Anor se situe à l'extrémité Sud-Est du département du Nord, à 120 km de Lille par la route, sa population est de 3099 habitants, son territoire est de 2205 ha¹⁵².

La commune se distingue par deux particularités géographiques : c'est le point culminant du Département (271 m au lieu dit " le Bois Saint Hubert"), et d'autre part, arrosée par l'Oise, affluent de la Seine, la ligne de partage des eaux formant les limites des communes voisines de Fourmies et Ohain, Anor est, seule commune du Département du Nord, orientée sur le "Bassin parisien".

La commune d'Anor se caractérise par un habitat dispersé : 17 hameaux sont disséminés sur l'ensemble du terroir, distants parfois de plus de 4 km du centre¹⁵³. Plusieurs quartiers populaires sont issus de l'implantation d'entreprises aujourd'hui disparues, notamment des verreries, mais il n'y a pas de "blocs de H.L.M." au sens actuel du terme.

Pendant l'entre deux guerres, filatures, verreries et usines métallurgiques employaient plus de 600 salariés¹⁵⁴.

A l'heure actuelle, les deux plus importantes entreprises anoriennes (les Aciéries et Forges d'Anor et la Chaudronnerie d'Anor) emploient à elles deux environ 170 personnes¹⁵⁵. Sur une commune limitrophe, en Belgique, la Nouvelle Verrerie de Momignies, emploie environ 120 anoriens¹⁵⁶. Le Comptoir des Calcaires et Matériaux, carrière de Wallers-Trélon, utilise les services de la gare S.N.C.F. d'Anor et en a fait le lieu de chargement le plus important du département avec plus de 5 000 tonnes / jour de cailloux destinés aux plates-formes de routes, autoroutes ou chemins de fer.

Les grandes surfaces installées à Fourmies et à Hirson attirant à elles la clientèle des environs, les petits commerces ont disparu, seuls subsistent un magasin de proximité de type supérette, deux boulangeries pâtisseries, une boucherie, deux salons de coiffure pour dames, deux cafés et un débit de tabac-presse. Le bureau de Poste est situé dans le centre du bourg.

Anor souffre de son éloignement de la métropole lilloise.

¹⁵¹ Objectif 1, document Communauté Européenne, 1994-1999.

¹⁵² Informations données par la Mairie d'Anor, mars 1998.

¹⁵³ Dictionnaire topographique de l'Arrondissement d'Avesnes, P. CHEVALIER, *Les éditions du Bastion*, 360 pages, Avesnes, réédition de l'ouvrage de 1881, 1989, p 299 et s.

¹⁵⁴ Information recueillie auprès du Syndicat d'Initiative d'Anor, mars 1998.

¹⁵⁵ Document Chambre de Commerce d'Avesnes sur Helpe : les Forges et Aciéries d'Anor, 145, la Chaudronnerie d'Anor, 25, juin 1997.

¹⁵⁶ Informations recueillies auprès de la Mairie d'Anor, mars 1998.

Parallèlement, on peut constater une certaine difficulté pour "faire sortir" certaines catégories sociales, ainsi, aller à Maubeuge représente pour certaines personnes un obstacle quasi insurmontable : peur de l'inconnu, de situations qu'elles craignent de ne pouvoir maîtriser, habitudes prises à travers les générations à qui on n'a jamais rien demandé d'autre que d'accomplir des tâches simples sans chercher à voir d'autres possibilités ?

On peut aussi remarquer qu'une grande partie des "jeunes" passant le bac et poursuivant leurs études à Valenciennes ou Lille ne reviennent plus au pays, ayant trouvé un emploi correspondant à leur formation dans d'autres lieux. Ne restent dans la région que ceux qui n'ont pas eu les capacités nécessaires pour partir...

La paupérisation intellectuelle et économique serait-elle le destin du Sud Avesnois ? Pour autant cette pauvreté n'est pas celle qu'on rencontre dans les grandes métropoles et les S.D.F. sont pratiquement inexistantes à Anor.

L'Agence Nationale Pour l'Emploi (A.N.P.E.) de Fourmies gérait, en 1998, les dossiers de 363 demandeurs d'emploi toutes catégories, (dont 241 demandeurs à temps complet et disponibles immédiatement)¹⁵⁷ domiciliés à Anor.

Le Comité Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la commune instruit les dossiers de 108 bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.), dont 25 sont suivis par le Centre Socio - Culturel - Insertion (C.S.C. Insertion) de Fourmies.

Le C.C.A.S. reçoit des demandes d'aides provenant d'environ 80 familles qui peuvent se présenter une fois par mois pour obtenir des bons d'achat. Par accord entre les responsables, les familles bénéficiant de l'aide des Restaurants du Coeur ne peuvent cumuler avec l'aide du C.C.A.S. pendant la campagne de distribution, diminuant la charge du C.C.A.S. pendant cette période.

Bien souvent, les personnes qui " tombent " dans le R.M.I. sont prises dans le cycle infernal R.M.I. - C.e.s. ou stage de formation - A.S.S.E.D.I.C - R.M.I. et ainsi de suite et peu d'espoir d'en sortir dans un canton où le chômage "avoisine officiellement les 22 %" ¹⁵⁸ fin 2000.

1.2 Les restos

Le Comité local des Restaurants du Coeur a été installé à Anor pour la campagne 1987-88. Depuis cette époque, tous les ans pendant la période hivernale et jusqu'en 97-98, un nombre croissant de personnes bénéficient de l'aide alimentaire apportée par cette Association caritative. Notons ici que la notion de "Restaurant¹⁵⁹", idée initiale de COLUCHE a quasi disparu : dans la presque totalité des centres, faute de temps, de place, de moyens, nous ne sommes que dans une distribution de denrées alimentaires - gratuites, compte tenu de l'état de dénuement dans lequel se trouvent les bénéficiaires - mais où

¹⁵⁷ Informations recueillies auprès de l'A.N.P.E. Fourmies, mars 1998.

¹⁵⁸ Cf. Le Courrier de Fourmies, 29 décembre 2000, p 9, " le P.L.I.E reconduit ".

¹⁵⁹ Restaurant n. m. Établissement public où l'on sert des repas moyennant paiement. (Abrév. fam. : restau ou resto). © Hachette Livre, 1996

ces mêmes bénéficiaires sont maintenus dans un état passif, de dépendance, de soumission, malgré la bonne volonté des bénévoles organisateurs.

A Anor, les bénéficiaires des Restos représentent environ 5 % de la population de la commune contre 3,6 % en moyenne en Sambre Avesnois.

Le revenu mensuel moyen par personne, coût du logement décompté, est d'environ 1025 F, soit un peu plus de 34 F par jour pour manger, s'habiller et se chauffer.

Au cours de rencontres organisées dans le cadre des Restaurants du Coeur, à l'issue de la campagne 97-98, il est apparu qu'un certain nombre de bénéficiaires ont souhaité prendre une part active dans des actions qui leur sont destinées, notamment la distribution de l'aide alimentaire, domaine réservé jusque là aux bénévoles.

De ces mêmes entretiens¹⁶⁰, d'autres idées ont émergé : "*nous n'allons pas attendre toute notre vie qu'on nous donne à manger et nous sommes capables de nous prendre en mains et d'organiser d'autres actions*" : dépasser le simple assistanat, mais aussi prolonger l'action des Restaurants du Coeur, sortir de chez soi, rencontrer d'autres personnes, s'informer, se former, sont devenus leur priorité.

Au delà des difficultés matérielles rencontrées par les bénéficiaires, c'est ici l'expression d'un immense besoin de parler, d'être écouté.

1.3 Des actions au delà des Restos

Un des principaux objectifs du Responsable de Centre, outre d'assurer une distribution et une répartition équitable, est de permettre aux bénéficiaires de s'exprimer sur leurs besoins et envies afin de faire émerger leurs propres projets, selon le modèle d'autonomisation (*empowerment*) proposé par J.C. MANDERSCHIED: donner au sujet "*les outils (le moteur, la force, l'énergie) qui lui permettent de vouloir et savoir faire ses propres choix et pouvoir les mettre en œuvre afin de se réaliser pleinement (...), aider à devenir acteur à tout point de vue autonome*" ou l'autodéveloppement social selon J. GRAND'MAISON¹⁶¹,

Développer les compétences qui aident à la réalisation de cette autonomie¹⁶² : une mise en situation dynamique d'autonomisation, mais aussi, "chaque personne est considérée comme acteur de socialisation à partir des réalités quotidiennes, (...) où la vie quotidienne sert de base, pour produire de nouveaux rapports sociaux"¹⁶³.

A la suite d'un changement de mode opératoire au cours duquel des bénéficiaires ont commencé à participer aux actions de distributions, certains ont proposé "d'aller plus loin".

¹⁶⁰ C.COCHARD, *Les bénéficiaires acteurs...*, Mémoire de D.U.F.A., Université de Lille III, juin 1999

¹⁶¹ BERTRAND, Y. *Théories contemporaines de l'éducation*, Éditions Nouvelles, Montréal, 1998, p. 195.

¹⁶² J.GREEN, L. TONES et J.C. MANDERSCHIED, *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école*, Revue Française de Pédagogie n° 114, 1995

¹⁶³ LESNE, Marcel

Ainsi, à l'initiative du Responsable de Centre, avec l'accord du Maire pour l'occupation de la salle, 5 d'entre eux se sont réunis en compagnie de la Conseillère en Économie Sociale et Familiale (C.E.S.F.) du Service d'Action et d'Intervention Sociale (S.A.I.S.) de Maubeuge à Fourmies et de sa Responsable directe, afin de définir un projet.

Parmi les premières idées émises :

- "comment cuisiner les restes pour ne pas les jeter ?"
- "ne peut on faire et distribuer des recettes et menus ?"
- "ne peut-on faire une épicerie sociale ?"

A travers la plupart des idées émises, on peut entrevoir la volonté sous-jacente de ne plus vouloir "*subir en permanence*".

Afin de constituer le groupe des partenaires, il est convenu ce même jour de contacter l'Adjointe au Maire chargée du C.C.A.S., l'infirmière du Centre de Prévention Santé de Fourmies, l'Assistante Sociale de Circonscription, la référente R.M.I. du Centre Socio-Culturel de Fourmies et la correspondante locale du Secours Catholique.

La plupart de ces dernières personnes font partie du Réseau Santé pour Tous organisé depuis plusieurs années à Fourmies.

Un premier "Comité de Pilotage" (CoPil) est prévu pour le 1^{er} mars 1999, mais dès la mi-janvier, des réunions sont organisées tous les mardi sur le thème de l'équilibre alimentaire et des menus établis en fonction des livraisons par les Restos sont distribués chaque semaine en plus des "Recettes de Mamie Restos".

1.4 L'Association

Son nom, "A Deux Mains" ainsi que le pictogramme utilisé, veulent exprimer le souci de solidarité, de volonté de reconnaissance sociale des participants -se prendre en main- et aussi, par le jeu de mot, une projection sur l'avenir.

En accord avec les responsables de l'Association Sambre-Avesnois des Restaurants du Cœur, dans un souci de liberté d'action, au cours du CoPil du 1^{er} mars, il est convenu de la création d'une association locale, celle-ci étant hébergée et subventionnée en partie par la commune d'Anor.

Des statuts sont élaborés et soumis à une Assemblée Générale Constituante réunie le 25 juin 1999.

"L'Association a pour objet d'élargir l'action des Restaurants du Cœur à Anor par de nouvelles initiatives de proximité qui s'inscrivent dans une démarche d'insertion sociale telles l'épicerie sociale, les bourses aux vêtements, les échanges de savoir, les jardins et toute autre activité ayant le même but, ces expériences favorisant la reconnaissance sociale de toute personne en situation de précarité, leur permettant de développer leur citoyenneté. Elle s'inscrit dans les buts et objectifs de l'Association les Restaurants du Cœur, les Relais du Cœur.

Volonté de faire une place à l'utilisateur, replacer la personne au centre, permettre au sujet d'exercer sa citoyenneté, ce sont les termes utilisés dans l'introduction du Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) au Ministère du

Travail et des Affaires Sociales en janvier 1996, repris dans le préalable des propositions¹⁶⁴.

Reprenant les termes du même CSTS "*Il n'y a pas à séparer des aspects comme le sanitaire et le social (...) au contraire, il y a tout à gagner à croiser les points de vue et à articuler les métiers*", il en est de même pour les changements exprimés par les participants sur eux-mêmes, leur vie est un tout et un changement dans un domaine aura une influence sur les autres domaines.

La participation à l'Association n'est pas réservée aux seuls bénéficiaires des Restos ou aux allocataires du RMI.

Le Comité de Pilotage regroupant des partenaires sociaux et adhérents se réunit tous les trois mois afin de faire le point sur les activités passées et sur les projets en cours.

Au cours de la rentrée de septembre 1999, la Municipalité, dans son projet de "Maison de la Solidarité" a attribué à l'Association "A Deux Mains" un local à partager avec d'autres associations.

Sur la proposition des membres de "A Deux Mains", des travaux d'aménagement et peinture seront faits par eux(mêmes, les matériaux étant fournis par la commune. Cette participation est aussi une façon de se faire reconnaître par les partenaires. A terme, un équipement complet (plaque vitrocérame, four chaleur tournante, micro-ondes etc.) permettra des activités de cuisine.

Quinze personnes composent le groupe. Parmi celles-ci 14 sont des femmes, 6 ont divorcé et 4 se sont remariées après un divorce. Une est mariée, divorcée, remariée et séparée de son second mari ; une vit séparée de son mari, une est veuve (remariée) et une vit maritalement. Le seul homme participant est divorcé et remarié (à une des femmes du groupe). La plupart de ces personnes ont connu des moments difficiles. Causes ou conséquences des difficultés actuelles ?

Une grande partie des usagers a 50 ans (6/ 15), leur âge va de 25 à 65 ans.

Le niveau scolaire est très faible : une seule personne est de niveau du bac, toutes les autres sont sorties de l'école primaire en situation d'échec donc sans diplôme. Les souvenirs exprimés quant à leur scolarité sont souvent négatifs et douloureux, toutefois une majorité a demandé à faire de temps en temps "*un peu de grammaire ou de calcul, comme à l'école...*"

Le niveau d'illettrisme a été évalué au cours d'activité demandée par plusieurs personnes pour l'élaboration de courriers de réclamation ou d'information auprès de diverses administrations.

Il est basé sur une échelle de 5 niveaux correspondant à la classification établie par V. LECLERCQ¹⁶⁵.

En corollaire du faible niveau scolaire, le niveau d'illettrisme le plus fréquent se situe au niveau 4 (6/15), 4 personnes se situent au niveau 3, 2 comprennent

¹⁶⁴Op. cit. p. 114

¹⁶⁵V. LECLERCQ, Face à l'illettrisme, Enseigner l'écrit à des adultes, Ed. ESF, Paris, 1999, 199 pages.

difficilement les textes remis ou s'expriment difficilement par écrit, (ce qui remet en cause l'idée des recettes et menus proposés toutes les semaines....)

On le voit, outre les problèmes matériels elles ont toutes rencontré de grosses difficultés dans leur vie, mais ont manifesté leur envie d'en sortir...

La quasi totalité des participants ne savent pas comment fonctionne une association et les principes démocratiques qui la régissent.

Onze personnes participent de façon très régulière aux réunions hebdomadaires, 2 viennent environ une fois sur deux, 2 viennent occasionnellement.

A lui seul, ce taux de participation indique une certaine satisfaction des usagers puisqu'ils viennent sans aucune contrainte ni avantage matériel.

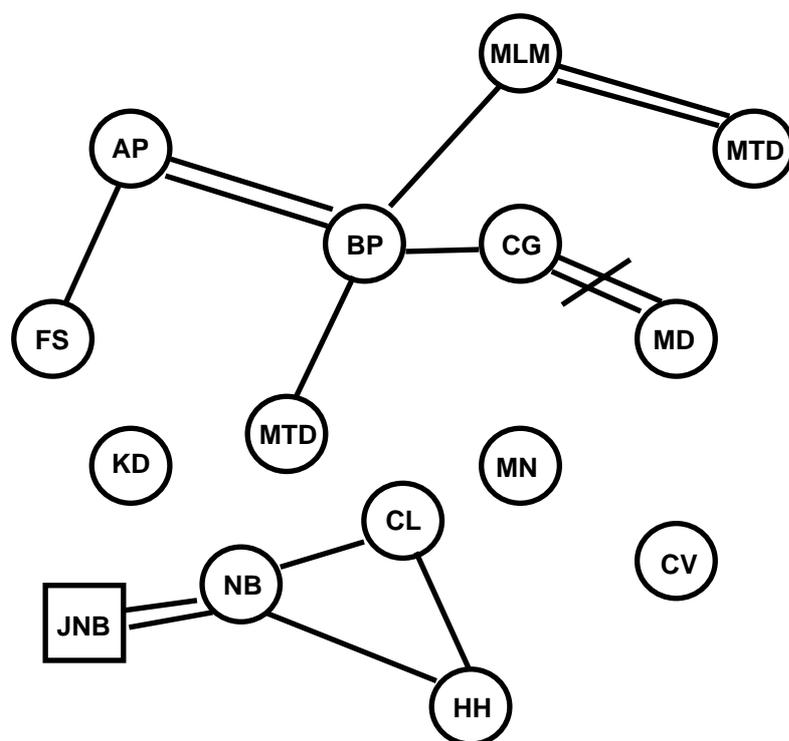
Dans le passé, 10 personnes (dont 1 homme) ont eu une activité professionnelle, mais seules 2 sont actuellement salariées, dont l'homme, et une femme en C.e.s. Quatre femmes n'ont " jamais travaillé ". Neuf femmes bénéficient actuellement du R.M.I. et 2 sont en retraite (après plusieurs années de chômage).

L'homme, après plusieurs années de chômage alterné avec des C.e.s., a obtenu un emploi en contrat à durée déterminée début septembre 2000.

Sur les 15 personnes participant aux activités de l'Association, seules 3 femmes participent aux activités d'une autre association (gymnastique féminine).

Depuis 2 ans, un système de relations s'est établi, que l'on peut représenter de façon suivante :

(1 trait : liens fréquents, 2 traits : liens familiaux)



(les relations entre 7 et 8 - mère et fille - sont instables, tantôt très houleuses et tantôt très fusionnelles, ce qui se ressent dans le groupe, mais toutes 2 sont très assidues aux réunions du mardi)

- Il y a une concentration autour de 9
- Le groupe 3 - 4 - 5 et 6 habite dans le même quartier (Verrerie Blanche)
- Le groupe 8 - 9 - 12 et 14 habite dans le même quartier (Verrerie Noire)
- Deux habitent le quartier de la Gare
- Les autres habitent dans le centre du village

■ Les projets

L'épicerie solidaire : c'est un projet en coopération avec les partenaires sociaux de la commune sur le I de R.M.I. : "le R.M.I. a été créé par la Loi du 1^{er} décembre 1988, renouvelée le 29 juillet 1992. Il a un triple objectif : garantir un revenu minimum, permettre l'accès à des droits sociaux, aider à l'insertion sociale et professionnelle. Peut bénéficier du R.M.I. toute personne résidant en France dont les ressources n'atteignent pas un

certains montants, qui s'engagent à participer aux actions ou activités définies avec elle et favorisant son insertion sociale ou professionnelle¹⁶⁶.

Dans la réalité quotidienne, ce Revenu Minimum n'assure qu'une survie, parfois une insertion et rarement une possibilité de développement.

De façon tout à fait globale, on peut constater que bien souvent on propose de l'insertion sans avantages, ou bien des avantages sans insertion, à deux mains se propose de faire le lien et d'éviter de tomber dans l'assistanat....

Parallèlement aux actions de l'Épicerie Solidaire, les activités actuelles seront maintenues.

■ Le budget

Établi pour les 3 premières années, les besoins financiers de l'Association ont été estimés respectivement à 258 800 F, 215 180 F et 220 180 F.

La première année, l'Association devra effectuer des investissements, notamment dans du " gros " matériel tel que véhicule et l'informatique. Ces postes ont été valorisés, mais l'Association compte sur des dons de matériel d'occasion.

Un poste en Emploi-Jeune sera créé, en effet, l'animation, la gestion, le suivi, la coordination ne pourront être assurés par des bénévoles si disponibles soient-ils ; le problème reste celui de la pérennisation de ce poste : par définition, des actions comme celle-ci n'ont qu'un objectif : s'autodétruire en éliminant la cause on élimine les besoins, donc... on élimine l'emploi qui y est affecté.

L'essentiel de ces budgets seront assurés par des subventions ou le mécénat, l'autofinancement provenant des cotisations, - que le Conseil d'Administration veut garder à un niveau modeste (10 F par an) - et des ventes de petits objets fabriqués par les participants lors d'expositions.

La commune d'Anor est inscrite parmi les " *territoires fragilisés* " au titre du " *développement des actions culturelles comme moyen de lutte contre l'exclusion* " et la " *participation des habitants* " ¹⁶⁷, le projet de l'Association coïncide avec les objectifs proposés dans le cadre de la Politique de la Ville

■ Les activités

Depuis le 19 janvier 1999, chaque semaine, 10 à 15 personnes participent à différentes activités articulées alternativement autour de quatre thèmes principaux sur des sujets demandés par les usagers eux même :

- La santé, au sens le plus large du terme, cette activité est animée par l'infirmière du Centre de Prévention Santé de Fourmies (C.P.S.).

¹⁶⁶ C.A.F.S.A. et S. AMIRA, *Le R.M.I., un dispositif en mutation*, in Données Sociales, La Société française, INSEE, 1999, p. 407.

¹⁶⁷ Politique de la Ville, Convention Cadre Sambre Avesnois 2000 - 2006, p. 8.

Un exemple dans ce sens : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Maubeuge n'assurant plus d'action de bilans de prévention, ceux-ci ont été repris par le Conseil Général du Nord et l'Institut Pasteur. D'un commun accord entre les responsables de "A deux Mains " et le C.P.S., les usagers de l'Association, déjà sensibilisés aux problèmes de santé, ont participé à la première action développée dans le Département.

Au cours des réunions hebdomadaires, on parle beaucoup d'équilibre alimentaire, et cette activité est allée aux savoirs-faire ; à cet effet un "jeu de l'oie" et un puzzle sur ce thème ont été élaborés et soumis aux écoles de la commune pour évaluation avant d'être développés, et si possible, diffusés.

Des rencontres ont été faites avec des correspondants de Vie Libre, un gendarme de la Brigade d'Avesnes sur Helpe a présenté les drogues et les risques face à la Loi, l'infirmière du Centre Hospitalier de Maubeuge avait auparavant abordé l'aspect médical. Ce sujet était demandé par des participants, eux même parents, confrontés aux problèmes et risques de l'alcool et de la toxicomanie chez les adolescents.

- Les échanges de savoirs et savoirs faire, par la C.E.S.F. de la C.A.F. Dans ce cadre sont développées, des activités manuelles et lorsque les aménagements seront terminés, des activités de cuisine en complément avec les Restos et mise en pratique des informations reçues sur l'équilibre alimentaire.
- Le "look" par une esthéticienne de l'Association pour la Réhabilitation d'Initiatives Médico-Sociales (A.R.I.M.S.). *Cette action est inscrite dans le Programme Régional d'Actions de Prévention et de Soins (P.R.A.P.S.).*
- La découverte de l'environnement social, économique et culturel : le groupe a découvert les antennes de l'Écomusée de Fourmies (la vie sociale et le textile) et Trélon (le travail du verre), la Verrerie industrielle de Momignies.

De même, profitant de la journée sans voiture le 22 septembre 2000 et une d'importante réduction du coût d'un billet de train (20 F pour toute la journée quelle que soit la destination dans la Région Nord Pas-de-Calais), 5 personnes ont découvert la ville de LILLE : la foule de la gare, les immeubles, le Métro (son accès, son fonctionnement, les billets, leur prix, les lignes, les plans, etc.), la Grand-place, les grands magasins (le Furet, Tati, Euralille), le quartier piéton de la rue de Béthune à midi, et aussi, face à l'opulence, la misère des mendiants... ; parmi ces 5 personnes, 4 n'étaient jamais venues à Lille, la cinquième n'y était venue qu'une fois, au Centre Hospitalier...

Cette opération tombant un samedi, en 2001, n'a pu être renouvelée.

Enfin, dans le cadre de l'opération Ciné-Cité, organisée par le Conseil Général du Nord, mettant à disposition matériel et personnel de formation, un film de court métrage a été réalisé. Le sujet, laissé au libre choix des participants, porte sur les difficultés des participants pour sortir de chez eux, difficultés qu'ils se créent eux-mêmes ou par leur entourage.

Dans cette action, qui a débuté en avril 2001, les participants ont été entièrement mis dans les conditions de travail de cinéastes : sujet, prises de vues, montage, dialogues, etc. leurs seront intégralement confiés, avec l'aide des techniciens : c'est une expérience très enrichissante pour les participants qui en ont exprimé une certaine fierté.

Ce court métrage a été présenté lors d'une journée d'animation le 4 août dernier

2. PHILOSOPHIE DE L'ACTION

Après la description du contexte, seront ici développés plusieurs champs théoriques portant notamment sur la représentation sociale du travail, le regard des autres et les "stigmates portés" sur les chômeurs, par les chômeurs, la notion de concept et d'estime de soi, la conscientisation et une approche pédagogique centrée sur les "apprenants", allant vers une "auto remise en action" des participants sur lesquels s'appuient les actions engagées.

Nous l'avons vu plus haut, les usagers de l'Association sont sans emploi et, pour la plupart, venus à "A deux mains" par le biais des Restaurants du Coeur. Les difficultés rencontrées par les sans emplois face à une société dont la seule référence est le travail, sont le reflet du comportement "en miroir" des exclus et des nantis.

Alors même que le temps de travail (rémunéré) d'un homme, tout au long de sa vie, a fortement diminué depuis 150 ans, **la représentation sociale du travail salarié** est restée l'élément dominant : être exclu du travail, au delà de la (forte) diminution du **revenu, c'est aussi être exclu de la Société ; chacun d'entre eux en porte les stigmates** et se comporte selon l'idée que la Société se fait d'eux... , les uns et les autres cherchant à tirer profits des différentes formes d'utilisation qui peuvent en être faites.

Tous ces éléments perturbateurs ont une influence non négligeable sur la personnalité de ceux qui les subissent, provoquant une atteinte à leur personnalité et à leur estime de soi, le concept de soi fera l'objet d'une étude particulière, complétée par une recherche sur les moyens de transformation de la situation par la conscientisation.

Corollaire de la fonction sociale du travail, la notion du temps passé échappe quasi totalement aux "sans travail", ils n'ont aucune référence sur ce sujet : ils sont placés dans un moment, dans une continuité humaine sans aucun passé, comment et sur quoi construire un futur dans ce cas ?

2.1 Le travail, référence sociale

Dans son ouvrage "Temps et ordre social"¹⁶⁸ Roger SUE, professeur de sociologie à l'Université de Caen et Paris V - Sorbonne, développe l'idée que notre société se fait du "travail" :

Dans les temps immémoriaux, les Anciens voyaient le travail comme une condamnation à laquelle l'Homme ne pouvait échapper. C'est une participation obligatoire de chaque individu au développement collectif.

Jusqu'à l'aube de l'industrialisation, la notion "d'activité" dominait.

Le sens que nous donnons aujourd'hui s'est appliqué pleinement avec l'arrivée de la grande industrie et, depuis 150 ans, le travail est devenu la référence sociale ; en être privé, c'est ne plus exister. Le travail est une représentation de "valeur", valeur économique, mais aussi valeur humaine, le travail est devenu un lien social majeur.

¹⁶⁸R. SUE, Temps et ordre social, PUF, Paris, 2^e édition, 1995, 313 pages.

Le temps devient la mesure du travail, et par réciprocité, ne plus avoir de travail, c'est être hors du temps. C'est un point de repère principal qui s'effondre : être libre de son temps fait perdre la notion du temps des autres.

Au cours des actions développées par A deux Mains, les animateurs ont toujours fait très attention à replacer ces actions dans un cadre régulier et stable, le mardi après-midi ; une tentative d'animation en fonction des présents potentiels a été très vite abandonnée, plus personne ne s'y retrouvait et le nombre de participants baissait de façon inquiétante.

*"Les relations interpersonnelles se structurent à partir de la position respective - la place - que prend chacun des protagonistes : dominant / dominé, sauveur / souffrant, bourreau / victime..., mais un individu change de position selon la situation dans laquelle il se trouve et en fonction de ses partenaires. Les relations entre individus sont vécues comme des relations personnelles, liées à la personnalité de chacun, mais elles sont fortement marquées par la grammaire des statuts sociaux"*¹⁶⁹.

A la lecture de quelques entretiens, nous constaterons les conséquences déstabilisantes dues au manque de travail, notamment dans la perte de repères.

2.2 Le chômage, un handicap social

Face au monde du travail, le chômeur est un handicapé social :

L'évolution du salariat et du non-salariat, les pauvres et la pauvreté, leur place dans la société sont des thèmes développés par R. CASTEL¹⁷⁰, un historien du salariat qui permet de mieux comprendre le jeu relationnel de ce monde et la frustration de celui qui en est privé. Partant de cela, au cours des derniers siècles, la société a organisé des systèmes d'aides, plus ou moins formellement selon les époques, tout en luttant en permanence pour que l'assistance ne devienne pas une quasi profession.

Dès lors, les bénéficiaires des secours sont sélectionnés et classifiés : les pauvres au travail, les pauvres sans travail, honteux, les mendiants valides et les invalides ; l'épée, la robe et la plume ont chacun leurs pauvres honteux, mais un soupçon reste permanent quant à être un mauvais pauvre ou à simuler l'invalidité....

Les premières concentrations industrielles ne sont jamais apparues sans qu'intervienne la contrainte de la misère et l'évolution du système productif va accentuer les différences entre ceux qui ont et ceux qui n'ont pas : les contraintes sont imposées par la modernisation de l'appareil productif et ceux qui ne sont pas immédiatement enrôlables sont pris entre l'injonction de travailler et l'impossibilité de travailler sous les formes prescrites, et si, avec la Révolution de 1789 et la République naissante tout homme a le droit à sa subsistance par le travail, s'il est valide, les prolétaires doivent être exclus de la citoyenneté complète.

¹⁶⁹E. Marc et D. PICARD, *Face à face : les relations interpersonnelles* in Sciences humaines, hors série n° 33, p 18. 2001.

¹⁷⁰R. CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard, Folio-Essais, Paris, 1995, 809 p.

La protection des "incapables" correspond à ce que R. Castel appelle la "handicapologie" des populations exclues de fait de toute participation aux échanges productifs.

Avec le XX^e Siècle, le salaire cesse d'être la rétribution d'une tâche ponctuelle : il assure aussi des droits et donne accès à des prestations hors du travail, mais il reste une séparation entre ceux qui travaillent régulièrement et les inactifs qu'il faut intégrer sous des formes réglées. Toutefois, dans la société salariale, tout circule, se mesure, se compare et derrière toute situation d'emploi, il y a un jugement social ; la place du travail reste base de reconnaissance sociale.

Les dernières années ont vu l'explosion du chômage et les chômeurs occupent une position de surnuméraires, parfois inintégrables que leur famille regarde s'enfoncer, d'un air réprobateur : ces enfants indignes ont trahi la grande promesse de la promotion sociale, et cette faute leur en est imputée, ces inutiles au monde n'ont plus le choix qu'entre la résignation ou la violence sporadique.

Le chômage devient le risque le plus grave, qui a les effets déstabilisants et désocialisants les plus destructeurs pour ceux qui le subissent.

Dès lors tout sera mis en œuvre pour essayer d'effacer le stigmate de l'assisté, bénéficiaire passif d'un secours, contrepartie de son impuissance à s'assumer lui même en mettant l'accent sur les potentialités locales et la reconstruction d'identités sociales, bien que l'étiquette de "RMIste" soit vécue comme stigmate par les bénéficiaires.

Mais...., élaborer un projet professionnel, construire un itinéraire de vie ne va pas de soi lorsqu'on est au chômage ou menacé d'expulsion de son logement...

Face aux administrations chargées de gérer leurs problèmes, les chômeurs sont souvent démunis : manque de connaissance des rouages, problèmes de complexité du vocabulaire, etc. sont autant de handicaps qu'ils devront surmonter, quand tout simplement, ils n'abandonnent pas...

Les problèmes liés au chômage de longue durée et de sa gestion sont abordés par D. DEMAZIERE¹⁷¹ : l'analyse des résultats de bilans réalisés par l'A.N.P.E., fait ressortir les problèmes émergents d'une certaine catégorisation - ou d'une catégorisation certaine -. Le point de vue de l'A.N.P.E. s'oppose souvent à celui des chômeurs.

Dans un souci de connaissance des chômeurs de longue durée et afin de " leur trouver un emploi ", l'A.N.P.E. s'est lancée dès 1982, dans des campagnes de bilans personnels pour ensuite proposer des parcours d'insertion, auprès d'une population peu habituée aux contacts avec cette administration.

La mise en exergue des facteurs individuels va mettre les chômeurs dans une situation de handicap dont ils seraient eux-mêmes responsables, les faiblesses de qualifications sont mises en avant, la notion " d'inemployabilité " apparaît ainsi qu'une définition de profils défavorables renvoyant vers d'autres services.

Pour autant, rien n'est fait pour prendre en compte les demandes ou souhaits que les chômeurs pourraient formuler : l'individu n'est pas placé en tant qu'acteur mais comme objet de soins déduits d'un diagnostic établi à partir d'attributs dévalorisants. (la notion de " traitement " est utilisée 16 fois dans les pages 206 à 213 ...).

C'est le problème résultant d'une catégorisation "logique".

¹⁷¹ D. DEMAZIERE, *Le chômage en crise ?*, Presses Universitaires de Lille, 1992, 363 p.

Du point de vue des agents de l'A.N.P.E. cette catégorisation, bien souvent subjective puisque résultant d'une interprétation (comment cerner le problème du chômeur ?), place les agents de l'A.N.P.E. dans des situations importantes et "dangereuses", pour l'avenir des chômeurs par une interaction dissymétrique et inégale.

On parle de "recyclage", comme pour des matériaux usagés..., ce qui va contribuer à déstructurer davantage l'individu. Il y a ceux qui ont besoin d'un coup de pouce, on peut malgré tout se demander pourquoi il aura fallu en arriver à 3 ans de chômage pour donner ce coup de pouce..., il y a les cas lourds..., pour qui toute motivation serait absente, dans ce cas, l'A.N.P.E. appliquerait une logique de report, mais c'est peut-être que de report en report on est arrivé à cette situation de chômage de longue durée... et puis les débrouillards, plaçables, - logique de coopération ou d'exclusion mais avec une relation inexistante, soupçonneuse -, les débrouillards ne seraient là que pour une couverture sociale.

Pour les chômeurs les investigations de l'A.N.P.E. apparaissent comme opération de contrôle, d'où s'enclenche une logique de désengagement, de divergence, alors que les chômeurs sont à la recherche de reconnaissance.

Tout ceci sera à l'origine de situations de renoncement, protestations, blocages, doutes, inactivité, fatalisme, impasse et, les agents de l'A.N.P.E. l'ont constaté, recherche à minima pour maintien des droits.

Reprenant les quatre mêmes catégories que ci-dessus, on remarquera que chacun se comporte selon le modèle "dicté" par l'administration : il faut savoir être "un bon chômeur".

Dominique SCHNAPPER¹⁷² développe les formes "d'utilisation" du chômage et montre, par des exemples à l'aide d'entretiens effectués auprès de chômeurs, l'état psychologique dans lequel ils se trouvent et les difficultés qu'ils rencontrent.

Par certains aspects, l'ouvrage ressemble à celui de HAYES et NUTMAN, "Comprendre les chômeurs"¹⁷³, qui décrit la situation des chômeurs en Grande Bretagne, dans le plan, la méthode d'investigation, les types de rencontres et entretiens et les types de chômage repérés.

Pour l'auteur, l'identité sociale passe par l'identité professionnelle.

D. SCHNAPPER constate aussi une catégorisation des chômeurs, produit d'une définition administrative, elle-même reflet de la conception de la société, ce qui a abouti à multiplier les catégories administratives intermédiaires. Les chômeurs intériorisent la condition que fixe la réglementation au point de pas vouloir se livrer à des activités de loisirs pendant les heures habituellement consacrées au travail.

On voit ici aussi que les situations des chômeurs sont le résultat d'un processus, d'incidents successifs dont les effets sont cumulatifs. L'épreuve du chômage engendre une angoisse et une agressivité considérables engendrées par les privations quotidiennes, l'indignation devant une situation incompréhensible et une angoisse face à l'avenir.

Marqués des stigmates du handicap social, le chômeur va se trouver privé de sa participation aux rythmes collectifs, privé des points de repères spatiaux de

¹⁷²D. SCHNAPPER, *L'épreuve du chômage*, Gallimard, Folio-actuel, Paris, 1981, 273 p.

¹⁷³HAYES et NUTMAN, *Comprendre les chômeurs*, Ed. Margada, Liège, 1981

son existence avec remise en cause de son identité personnelle et sociale doublée d'impression d'ennui et d'impossibilité de maîtriser le temps : il s'agit d'une perturbation profonde, d'une déchéance personnelle.

Il s'agit bien d'un problème de statut et pas seulement de non activité : les chômeurs ne savent pas s'occuper parce qu'ils ne disposent pas d'autres modèles de comportement en dehors du travail et par conséquent, aucune activité n'est acceptable pour eux (à la différence de la retraite qui est conforme au statut du travailleur).

Avec la dévalorisation de ceux qui cessent d'être des producteurs, c'est la signification donnée au travail qui donne signification à la période de chômage. Héritage de l'Église, de la pensée libérale et des mouvements socialistes, le travail continue de fixer la position de l'individu dans la structure sociale et à définir son identité sociale et personnelle.

Une activité de substitution, c'est peut-être ce qu'ont trouvé les participants de "A deux mains" dans les différentes actions, qui leur a, à divers moments, permis de retrouver ou renforcer un lien social distendu.

Mais *"Tant que Jean Dupont aura un emploi, son voisin chômeur se sentira forcément déshonoré, avili"*¹⁷⁴.

Un individu est un être entreprenant, libre, autonome qui construit son identité contre l'individualisme, les habitudes, l'absolutisme, mais un individu a aussi besoin de bénéficier de supports collectifs qui donnent des assises : un individu hors du groupe social est un individu par défaut. Le chômage est toujours décrit en référence à l'emploi et il est important de clarifier ce qui a été perdu en devenant chômeur.

La plupart des situations relèvent d'une logique de vulnérabilité créée par la dégradation des relations du travail et des productions attachées au travail et on peut parler de précarisation et de marginalisation. Dans ces circonstances, il s'en faut d'un rien pour que les gens basculent dans des situations d'exclusion.

GOFFMAN et PAUGAM parlent *"d'un phénomène de désintégration sociale qui fait que les gens deviennent fragiles, des individus à risques"*. Pour De GAULEJAC, *"la perte du lien social (...) c'est la perte du lien identitaire qu'il faudra reconstruire, l'exclusion est quelque chose qui touche profondément la structure identitaire des individus"* et aussi *"de sentiment de honte"*. quant à Olivier SCHWARTZ, le chômeur (de longue durée) *"c'est quelqu'un (...) qui s'est complètement replié sur la sphère du privé"*.

Dans la société actuelle, quelqu'un qui ne travaille pas ne sera pas reconnu socialement, et le mouvement actuel donne un avantage aux " forts " et casse les faibles en leur faisant supporter la conduite de leur vie et porter le poids d'eux-mêmes, avec de faibles ressources et paradoxalement, on leur demande d'autant plus qu'ils en ont moins : on fait porter la faute, et souvent la responsabilité, sur leur soi-disant faiblesse et le sens de toutes les actions des travailleurs sociaux sera de réagir avec la personne contre cet environnement qui exclut.

Quel type de partage est on en train de faire ?

¹⁷⁴Op cit. HAYES et NUTMAN, p. 14.

Comment cette étiquette difficile à porter, face au regard de la société imaginant, stigmatisant une incapacité et une inadaptation, ne peut-elle pas se traduire autrement que par un sentiment de handicap social et psychologique chez ceux qui la reçoivent ?

Face à cette " incapacité excluante (ou exclusion incapacitante), handicapante " définie à partir des rapports de force, des alliances et des oppositions aujourd'hui en cours, un appareillage de pensée, renforcé par un dispositif administratif et juridique a été construit autour de " l'employabilité ". Handicapante parce que les rapports de force ne sont pas à la mesure d'un individu isolé face à une société qui rejette tout individu qui s'écarte - volontairement ou non - de la norme.

Du point de vue politique, c'est le lieu de tension entre l'individu libre et le citoyen souverain. Il faut remettre tout le monde au travail... Le plein emploi est le leitmotiv de nos élus. Le travail reste au centre de tout dispositif. La priorité a été donnée à l'adaptation professionnelle.

Pourtant, arithmétiquement, nous en sommes loin : comment faire entrer 1 900 000 chômeurs (chiffre officiel) dans 3 ou 400 000 emplois ? d'autant que le système libéral actuel fonctionne à l'inégalité extrême puisqu'il produit de l'exclusion ; la notion de solidarité n'est plus au premier plan des programmes et les discours sur l'exclusion ont pour caractéristiques d'être une célébration du libéralisme.

Mais quand on parle du chômage, on confond le travail, l'emploi, le statut, l'identité, alternative considérablement brouillée dès qu'on assimile le travail au salariat et l'activité au temps libre ou au loisir.

L'exclusion, mot pour désigner des choses sans nom, est un mot mis sur les malheurs du temps et qui gêne dans les rouages de la vie sociale. La tentation est grande de vouloir faire disparaître l'exclusion, la ranger, la cacher.

Les institutions sont quant à elles placées au centre de tout dispositif chargé de "gérer" le chômage et les chômeurs.

Dans le besoin de compter ceux qui ne comptent pas, le risque est de légitimer les catégories basées sur la notion d'utilité sociale et des relations d'interdépendance, où les nouvelles formes d'exclusion s'ajoutent aux anciennes.

Dès lors, le chômeur sera contraint de passer sous les fourches caudines de l'A.N.P.E. (et de l'A.S.S.E.D.I.C.), dans des circonstances souvent humiliantes et parfois traumatisantes.

Contre le mépris et l'ignorance de la valeur spécifique des individus, il n'est pas étonnant, dès lors, que naissent des revendications, ou l'inverse, en cherchant à satisfaire les travailleurs sociaux pour en obtenir le maximum d'aides : on ne peut accepter la réussite des uns sur l'invalidation des autres, autant alors profiter du système.

Trop souvent aussi, le vocabulaire courant utilise un langage pernicieux comme quoi les "RMIstes" sont assimilables à des tire-au-flanc qui s'installent dans la culture du RMI. Bénéficiaire du RMI est devenu quelque chose de suspect, situation particulièrement injuste puisque les bénéficiaires n'ont pas choisi de se retrouver là.

L'utilisation du terme "RMIste " est déjà en soi une insulte où l'on assimile un contrat de travail à celui qui l'exécute (il en est de même pour les "CES, CEC et Emplois Jeunes ", emplois précaires considérés de ce fait comme des sous salariés), *"caractérisés par leurs problèmes tels qu'ils sont construits par les politiques sociales les prenant en charge ; ces gens sont définis dans les*

*catégories d'une handicapologie correspondant aux grilles des politiques publiques*¹⁷⁵.

Il faut donc trouver des moyens de prise en charge plus lourde qui ne relèvent plus de l'insertion professionnelle mais psychologique et/ou psychique. C'est aussi ce que propose le Ministère de la Santé : créer des espaces où des non-productifs pourront trouver une occupation afin de redonner une place à tout le monde et une utilité sociale. L'objectif de l'action sociale est de lutter contre le handicap, le déséquilibre psychologique, l'inadaptation sociale.

C'est le rôle du travail social qui là aussi nécessite un minimum de moyens. Or, ici encore, les directives sont données par l'État, mais les financements sont assurés par les collectivités locales : l'exclusion commence à ce niveau.

Pour E. GOFFMAN¹⁷⁶, "les critères que la Société a fait intégrer (au handicapé – quel que soit ce handicap) sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience (...) la honte surgit au centre des possibilités chez cet individu qui perçoit l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder, une chose qu'il se verrait bien ne pas posséder (...), la haine et le mépris de soi-même peuvent aussi bien se manifester lorsque seuls l'individu et son miroir sont en jeu".

E. GOFFMAN constate que l'individu affligé d'un stigmate - devoir présenter des imprimés particuliers montrant sa situation particulière, files d'attentes devant des bureaux "sociaux" - peut s'apercevoir qu'il ne sait pas comment les "normaux" vont l'identifier et l'accueillir, ni dans quelle catégorie on le placera, à supposer que ce classement lui soit favorable...

Privé de l'information salubre que pourraient lui renvoyer les rapports sociaux quotidiens, l'isolé volontaire risque de s'enfoncer dans les soupçons, la dépression, l'agressivité, l'angoisse et le désarroi. A ce propos, GOFFMAN cite SULLIVAN : Se voir inférieur signifie que l'on est incapable d'écarter de sa conscience l'expression d'un sentiment chronique d'insécurité de la pire espèce, ce qui veut dire que l'on souffre d'angoisse, voire de pire encore, s'il est vrai que la jalousie est pire que l'angoisse.

La peur qu'éprouve un individu de ce que les autres pourraient lui manquer d'égards à cause de quelque chose qui apparaît chez lui entraîne une insécurité permanente dans ses rapports avec les gens; et cette insécurité découle, non de quelque source mystérieuse et plus ou moins masquée, comme il en va souvent ainsi pour nous, mais de quelque chose contre quoi il sait qu'il ne peut rien.

Il est incapable d'une action collective et ne montrent aucune structure stable et globale d'interactions mutuelles.

Un autre tournant dans l'existence est cette période où l'individu s'est senti isolé, impuissant, mais où il a pu réfléchir à son problème, apprendre à se connaître, analyser sa situation et se former une nouvelle conception de ce qui est important et désirable dans la vie.

Mais les gens " normaux " n'attendent pas seulement que vous jouiez votre rôle ; ils entendent aussi que vous restiez à votre place.

C'est ici un des points importants développés dans les actions de "A deux Mains", tant par le contact direct, en dehors du cadre habituel, de représentants

¹⁷⁵F. DUBET, *Les inégalités multipliées*, Ed de l'Aube, 2000, p. 42.

¹⁷⁶E. GOFFMAN, op cit.

de diverses administrations, que par un travail sur l'image de soi, amenant à reprendre confiance.

Tous ces éléments ont une influence considérable sur la notion de concept de soi et l'estime de soi, thème qui va être développé maintenant.

Les théoriciens de la personnalité accordent une place de plus en plus importante à l'expérience très intime de son propre être, le concept, ou la représentation de soi.

Dans l'ouvrage de R. L'ECUYER¹⁷⁷, le comportement des participants, leur participation et l'estime de soi sont développés

De nombreux ouvrages, à partir du courant mis en avant par Carl ROGERS (1951), ont fait l'objet du concept ou de la représentation de soi, portant sur la notion même de concept de soi, les théories, les méthodes d'exploration et le développement du concept de soi.

2.3 Le concept de soi

Selon l'école de pensée, la définition est une configuration organisée de perceptions de soi admissibles à la conscience (le soi phénoménal selon ROGERS), ou bien résultat de l'interaction sociale, introjection de la façon dont les autres nous perçoivent (le soi social) ou encore une entité subjective fortement influencée par l'inconscient, différencier le "je" du "moi", le soi en tant que processus ou en tant que percept. Nous allons étudier successivement ces trois approches.

Dès 1890, W. JAMES définit le soi comme " la somme totale de tout ce que l'individu peut appeler sien, non seulement son corps et ses capacités physiques, mais ses vêtements et sa maison, son conjoint et ses enfants, ses ancêtres et amis, sa réputation, son travail, ses terres, ses biens : tout ce qui peut être appelé mien ou faire partie de moi"

Les auteurs du XX^e vont mettre en lumière l'influence du milieu social dans le processus de structuration du concept de soi qui ne peut émerger que dans la communication avec les autres, résultat de la complémentarité du soi et de l'autre, une structure sociale qui prend son origine dans l'expérience sociale.

R. L'ECUYER, quant à lui, propose "une structure d'ensemble multidimensionnelle composée de quelques structures fondamentales délimitant les grandes régions globales du concept de soi, chacune d'elles recouvrant des portions plus limitées du soi, caractérisant les multiples facettes du concept de soi et puisant au sein même de l'expérience directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par l'individu", l'estime de soi étant le soi idéal.

Le concept de soi peut aussi être considéré comme constituant un ensemble de processus régissant le comportement et se trouve ainsi tout orienté vers l'action.

Deux réalités fondamentalement différentes sont ici à considérer : le "soi" spécifiquement perceptuel et le "moi" régissant l'action et l'adaptation (bien que tous les auteurs ne soient pas d'accord sur ce sujet).

¹⁷⁷R. L'ECUYER, *Le concept de soi*, P.U.F., Paris, 1978, 211 p.

Le "soi " se réfère essentiellement à ce que la personne pense d'elle même, ce qu'elle éprouve, entretient et perçoit à son égard et de plus en plus sont les auteurs "soutenant que le soi doit être considéré à la fois comme un objet de connaissance et comme le centre de l'action pour assurer son maintien, sa défense ou sa promotion" : le soi comprend simultanément les aspects perceptuels et actifs, qui amènent la personne à agir (ou pas) face à une situation donnée.

Il est toutefois de plus en plus admis que l'expression "concept de soi" désigne l'ensemble des processus perceptuels et actifs tels que : "la perception que j'ai de moi-même, les actions que je pose pour maintenir mon adaptation, défendre et promouvoir cette perception que j'ai de moi-même, et ce concept de soi correspond également à la façon dont je perçois mon action", notion qui est toutefois en permanente évolution...

"La représentation de soi réfère alors à l'estime de soi, à la façon dont l'individu se valorise, à l'affirmation de soi, à l'ensemble de traits, d'images, de sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même, influencé par l'environnement et organisé de façon plus ou moins consistante".

Comment l'individu se perçoit-il et organise-t-il la perception de lui-même dans son comportement ? C'est le souci d'analyser l'humain d'un point de vue intérieur plutôt qu'extérieur. Dans l'approche phénoménologique (ou phénoménale), l'analyse est en rapport avec la perception que l'individu a d'un événement et avec la façon dont celui-ci agence ses perceptions dans l'organisation de son comportement.

"L'individu reçoit des images de lui-même en provenance de son milieu et y réagit selon le degré de continuité ou de discordance ainsi créé", ce qui a fait dire à JAMES "qu'une personne a autant de sois qu'il existe d'individus qui la reconnaissent", c'est le résultat d'une interaction avec l'autre.

Des sois qui n'ont toutefois pas la même importance et de fait, une hiérarchie s'établit à partir des jugements de l'individu lui même et de ceux qui l'entourent où le spirituel occuperait la place supérieure, le matériel serait en bas de l'échelle, les sois sociaux se situant à des degrés divers entre les deux premiers.

Ce qui pourrait être résumé par : Qui suis-je en relation avec autrui ?

Dans l'approche sociale, il existe autant de soi que de rôles, en effet, le concept de soi de l'individu n'est pas le même selon que l'individu se perçoit en tant qu'enfant, étudiant, père ou mère, époux ou épouse, dirigeant d'entreprise ou ouvrier, autant de rôles joués auxquels s'ajoutent parfois le poids et la nature des rôles fixés par une société hiérarchisée, globalisée.

Au "qui suis-je pour moi ?" répond "qui suis-je pour autrui, pour les autres ?". À ce moment, c'est l'autre qui est à l'origine de la façon dont le sujet se perçoit (sur un point particulier).

Ou aussi : Qui suis-je en relation avec les autres ?

Le concept de soi serait donc une sorte de conditionnement basé sur la perception que l'autre a d'un individu, une réponse sociale ou *"les stimuli sociaux seraient traduits en significations personnelles au moyen de représentations du soi, en relation avec les autres, incluant le soi en tant que perçu dans le passé"*. À l'individu de rechercher lui-même le niveau de contrôle personnel - quand il le peut - face aux pressions sociales externes.

A. Le concept de soi, système multidimensionnel et hiérarchique

René L'ECUYER (1975) est convaincu que :

Le concept de soi est une organisation complexe réunissant quelques éléments fondamentaux autour desquels sont rassemblés un certain nombre d'aspects plus spécifiques.

Le concept de soi s'articule, hiérarchisé, autour de trois axes appelés structures fondamentales et sous-structures regroupant des catégories, elles aussi plus spécifiques, autour du soi "matériel", "personnel", "adaptatif", "social" et du "soi non soi"

Inconsciemment l'individu peut opérer une sélection dont il choisira de parler : ces distorsions peuvent fournir une description plus ou moins fautive de lui-même pour les rendre plus acceptables à ses propres yeux et mettre plus en évidence d'autres traits plus positifs, c'est le facteur de "*désirabilité sociale*". La classification devra se faire à partir du sens que donne l'individu à sa description de lui-même.

D'autre part, la personne peut ne pas posséder le vocabulaire adéquat pour traduire son expérience interne, cette indisponibilité des symboles peut faire gravement défaut pour donner un compte rendu valable. Néanmoins, l'avantage de cette méthode est "celui de donner accès au vécu expérientiel de l'individu, à ses perceptions vitales de lui-même telles que vécues et ressenties par lui", non déformé par des interprétations, le sujet pense vraiment être ainsi, c'est un matériel irremplaçable.

B. Le développement du concept de soi

La perception de la diminution des capacités physiques est de plus en plus évidente, la maladie, la retraite - associée à une mise au rancart, surtout chez les hommes -, perte d'identité occupationnelle, réduction de la vie sociale, dépendance, modification du statut économique, tous ces événements obligent à une reformulation de son concept de soi en termes de statut personnel et social, de valeur personnelle.

La tendance largement reconnue est celle du désengagement social et progressif, mouvement amenant la personne dans une solitude grandissante donnant une orientation négative au développement de l'image de soi.

L'analyse des entretiens effectués auprès des participants nous montrera, à plusieurs occasions, les changements de comportement de ceux-ci et l'évolution, consciente puisqu'exprimée par eux-mêmes, de leur estime de soi.

Les actions menées par "A deux mains" ont aussi comme objectifs d'amener les participants à réfléchir sur leur condition sociale, la critique et la formation du jugement, le dialogue, l'action sociale pour devenir acteurs à part entière, devenir quelqu'un.

3. LA RECHERCHE DES MOYENS DE TRANSFORMATION DE LA SITUATION PAR PAULO FREIRE

Paulo FREIRE, dans sa "Pédagogie des Opprimés"¹⁷⁸ fait part de son expérience auprès des populations Sud Américaines qui sous certains aspects présentent quelques similitudes avec les participants aux actions de l'Association, (bipolarisation, - ceux qui ont, ceux qui n'ont pas -, pauvreté matérielle et bas niveau de qualification).

Les situations ne sont pas identiques dans leur gravité, toutefois, il est possible d'imaginer des méthodes d'actions comparables permettant aux usagers de "A deux mains" d'organiser eux mêmes les actions qui les concernent.

Pour P. FREIRE, la conscientisation rend possible l'apparition d'une nouvelle personne quand chaque individu se rend compte que ses rapports avec le monde ont changé en découvrant qu'il est libre et puissant.

- *L'oppression n'est jamais le fait des opprimés* : les exclus ne sont pas responsables de la situation de chômage et de précarité dans laquelle ils se trouvent.
- *Les opprimés (les exclus) sont la raison de vivre des oppresseurs* : il y a ici risque de chercher à satisfaire sa conscience par une bonne action, dans ce cas on agit sur les effets et non sur les causes ; s'il n'y a plus de pauvres, il y a perte de l'objet de générosité .
- *Ils (les opprimés, les exclus) ont tellement entendu qu'ils sont incapables, qu'ils ne savent rien, qu'ils ne peuvent rien comprendre, qu'ils sont malades, indolents et que pour toutes ces raisons ils ne produisent rien, qu'ils finissent par se convaincre de leur incapacité. Ils se désignent eux-mêmes comme ceux qui ne savent rien et ils parlent du "doutor"¹⁷⁹ comme de quelqu'un qui sait et qu'ils doivent écouter. Les critères du savoir qui leur sont imposés sont conventionnels. Ce que veulent les oppresseurs, c'est transformer "la mentalité des opprimés et non la situation qui les opprime", pour que ceux-ci, mieux adaptés à cette situation soient mieux dominés. Où les opprimés reçoivent le nom sympathique d' "assistés".*
- *Pour les oppresseurs, transformer les opprimés (les exclus) est dangereux* : à terme, amener les exclus à se prendre en charge, c'est prendre le risque d'être dépassé par des demandes, des revendications, c'est prendre le risque d'une subversion...
- *La société "est bonne, organisée et juste, les opprimés constituent la pathologie de cette société qui doit les adapter à elle en modifiant leur*

¹⁷⁸P. FREIRE, Pédagogie des Opprimés, Maspéro Éditeur, la Petite Collection, Paris, 1977, 202 pages.

¹⁷⁹Titre donné au Brésil à toute personne ayant un diplôme d'études supérieures (Note du traducteur).

mentalité d'hommes ineptes et paresseux". La solution serait qu'ils soient "réintégrés", "incorporés" à la société dont ils se sont un jour "écartés"... Pourtant ces opprimés n'ont jamais été en dehors, mais au dedans d'une structure qui les transforme en "être pour un autre".

- Mais, *La liberté fait peur* : crainte du changement, crainte de perdre ses habitudes, ses références, crainte des critiques ? Exclues et animateurs ont toutefois exprimé une envie d'un changement tant dans le mode opératoire que dans la recherche de dialogue, mais nul n'a "osé" prendre la liberté de ce changement, restant (parfois regrettant) à ce statut quo ; pourtant, cette liberté conduit à l'autonomie.
- *Prétendre les libérer sans les faire réfléchir sur leur propre libération, c'est les transformer en objets que l'on sauve d'un incendie.*
- *Leur salut n'est pas de s'intégrer, de s'incorporer à cette structure qui les opprime, mais de la transformer pour qu'ils puissent devenir des "êtres pour eux-mêmes".*

Pour Paulo FREIRE, la transformation commence à partir de la réalité des acteurs, souvent à l'occasion d'une action à laquelle ils ont participé, en situation d'opposition, en créant une réaction et une prise de conscience, de "révolution culturelle", c'est l'établissement, avec eux, d'une relation de dialogue permanent. Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble, par l'intermédiaire du monde, en rupture avec les schémas verticaux où l'éducateur n'a pas d'autre rôle que de discipliner l'entrée du monde chez les élèves, à imiter le monde, à ordonner ce qui se fait déjà spontanément, à emplir les élèves avec des idées toutes faites, des faux savoir considérés comme le vrai savoir.

Les propositions de Paulo FREIRE

Paulo FREIRE propose deux moments distincts : la découverte du monde par les opprimés (les exclus) et l'engagement dans la "praxis" pour la transformation des rapports sociaux, puis un mouvement des hommes en marche vers la libération.

Comment dire (ou faire dire) qu'il peut y avoir une autre façon de vivre et d'agir : tant de la part des bénévoles que des bénéficiaires, par l'élaboration d'un programme éducatif commençant avec le dialogue et la connaissance de "l'autre", dans l'action - réflexion, où les premiers se demandent sur quel thème ils vont dialoguer avec les seconds, "non pas dans le sens de A vers B, ni de A sur B, mais par A avec B, **en évitant le piège de la programmation verticale**". Entrer en dialogue avec les masses au sujet de leur action : c'est une demande fortement ressentie, certains bénéficiaires ont exprimé leur humiliation, n'ayant pas droit "d'action", quant à leur situation de "receveurs" et un besoin d'être reconnus en tant qu'individu à part entière.

Comment les opprimés (les exclus) peuvent-ils participer à l'élaboration de leur libération (l'action qui leur est destinée) ? P. FREIRE propose des travaux éducatifs **élaborés avec** les opprimés (les exclus). Et une formation de base :

et expliquer aux masses les principes de leur propre action, pour accélérer le développement ultérieur de ces expériences. L'éducation conscientisante est un effort permanent par lequel les hommes se mettent à découvrir, de façon critique, comment ils vivent dans le monde avec lequel et dans lequel ils sont.

Les participants aux actions de "A deux mains", dominés dans tous les moments, à chaque instant de leur vie, peuvent-ils créer les conditions d'un changement possible ? Oui, si on leur permet de découvrir de nouvelles relations avec le monde qui les entoure.

4. A LA RECHERCHE D'UNE METHODE DE TRAVAIL : L'APPROCHE NON DIRECTIVE

C. ROGERS

"Il ne faut pas tirer sur l'herbe pour la faire pousser."

Une méthode : permettre aux apprenants de s'inventer eux mêmes dans un cadre et à un rythme adaptés, le leur.

Carl ROGERS¹⁸⁰, psychiatre, est considéré comme l'inventeur de l'analyse non directive, cherchant à libérer le moi de tous ses aspects psychopathologiques par des entretiens informels¹⁸¹ et en valorisant l'écoute et la compréhension, sans distanciation entre apprenants et enseignants.

Dans ses ouvrages "Liberté pour apprendre¹⁸²" et "Le développement de la personne¹⁸³", face aux difficultés rencontrées par les apprenants – et les enseignants – C. ROGERS se place comme anti – professeur. L'enseignant ne doit pas être un maître à penser, mais plutôt un facilitateur. Les expériences relatées dans cet ouvrage nous montrent que placés dans des conditions permettant l'expression et la créativité, basées sur leur vécu, les apprenants se mettent en situation de "demandeurs de formation". d'où le développement d'une méthode d'approche de la formation centrée sur l'apprenant.

La pensée de C. ROGERS fait scandale par la provocation permanente selon laquelle on est obligé de se situer, il interroge, remet en question..., mais sur le fond, l'intuition de C. ROGERS est celle de la positivité du développement humain, selon laquelle la personnalité humaine tend à l'intégration par des exemples, le vécu, l'expérience, certaines découvertes étant même parfois difficiles à communiquer.

La population de référence avec qui C. ROGERS a travaillé est essentiellement composée de jeunes ou de jeunes adultes, mais dans beaucoup d'exemples donnés, la transposition au monde d'adultes ne changera en rien les besoins et méthodes.

Ce que l'apprenant doit connaître et penser :

S'interrogeant sur la relation interpersonnelle dans la facilitation de l'apprentissage, C. ROGERS se demande s'il a le droit de présumer que "c'est nous qui sommes sages et les jeunes insensés,(..., nous qui sommes) si sûrs de ce qu'ils devraient savoir ?" et constate que le seul but, dans le monde actuel ne peut être que "faciliter le changement et l'apprentissage", (...) "permettre à chacun des trouver des réponses, constructives, provisoires, mouvantes et dynamiques, à certaines inquiétudes les plus profondes qui préoccupent l'homme d'aujourd'hui" : l'homme n'oublie jamais les leçons dont il est lui-même l'auteur.

Cela demande compréhension, empathie et authenticité de la part du formateur, sans jugement à priori, dans l'acceptation de permettre à l'apprenant

¹⁸⁰A. DE PERETTI, Présence de Carl Rogers, Ed. ERES, 1997, 293 p.

¹⁸¹E. ROUDINESCO, Dictionnaire de la psychanalyse, Ed. Fayard, Paris, 1997, p. 853

¹⁸²C. ROGERS, Liberté pour apprendre, Ed. Dunod, Paris, 1972-1999, 364 p.

¹⁸³C. ROGERS, Le développement de la personne, Ed Dunod, Paris, 1968-1998, 274 p.

de choisir sa propre voie et de se diriger lui-même dans sa formation par un enracinement dans sa réalité.

La méthode est basée sur l'hypothèse que les apprenants, confrontés avec des problèmes qui les concernent, souhaitent apprendre, se développer, chercher à découvrir, désirent créer et que de cette manière, de nouvelles attitudes se font jour, en effet comment enseigner quelque chose à des apprenants à qui il manque le désir d'apprendre ?

ROGERS insiste aussi sur l'attitude de l'enseignant : lorsque son comportement tend à être ouvert, le comportement de l'apprenant tend à être productif et inversement, dans une attitude empathique.

Un aspect important de la théorie porte sur le caractère astructurel où apparaissent les expressions : phénoménologiques, existentiel, centré sur la personne, actualisation de soi, devenir, maturation..., où l'auteur rappelle souvent son propre vécu : "chaque fois qu'une personne a bien voulu me parler de ses options personnelles, j'y ai gagné quelque chose, ne serait-ce que le fait de constater la différence qu'elles présentent avec ma propre orientation" : l'apprenant ferait aussi progresser le maître par une action réciproque...

Enfin, chacun des apprenants pourra évaluer lui-même les progrès accomplis, "c'est un des principaux moyens par lesquels un apprentissage autodéterminé devient aussi un apprentissage responsable (...) le seul apprentissage qui influence réellement le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie"

Ce que propose C. ROGERS est à rapprocher du Mode de Travail Pédagogique de type appropriatif centré sur l'insertion sociale (M.T.P. 3) développé par Marcel LESNE¹⁸⁴, qui lui, propose "*d'utiliser les préoccupations et les problèmes des personnes en formation (...) comme principe élémentaire d'une pédagogie du concret, le sens de concret étant à prendre ici en tant que concret familier, objet de préoccupation, centre d'intérêt (...), l'action en retour dans la situation de vie quotidienne*"¹⁸⁵.

En conclusion de son ouvrage, C. ROGERS proposait qu'un programme de recherche soit effectué sur la détermination de changements mesurables réellement produits dans le domaine spécifique des attitudes et des comportements...

Dans les actions de "A deux Mains", bien que "faire de la grammaire et du calcul comme à l'école"ait été demandé, il est évident que les méthodes scolaires traditionnelles ont été exclues et les animateurs ont utilisé d'autres moyens qui permettent d'apprendre sans que les participants s'en rendent compte, en partant de leurs problèmes quotidiens, dans le concret de la vie, les consommations d'eau et d'électricité par exemple ou en joignant le théorique au concret tel une animation sur l'hygiène dentaire suivie d'une visite chez un prothésiste.

Nous verrons dans la lecture des "Mots des participants" comment ceux-ci ont pu évaluer eux-mêmes leurs progrès.

Ceci a aussi permis aux animateurs d'être au plus près de la réalité des participants et de comprendre leurs difficultés et frustrations.

¹⁸⁴M. LESNE, Travail Pédagogique et Formation des Adultes, L'Harmattan P.U.F., 1977, 185 p.

¹⁸⁵M. LESNE reprend, p 143, une expression de P. FREIRE : nous devons enseigner aux masses avec précision ce que nous avons reçu d'elles avec confusion

Pierre BOURDIEU dans "La misère du monde ¹⁸⁶" observe les conditions d'apparition des formes contemporaines de la misère sociale où à travers différents espaces se nouent des conflits générateurs d'une souffrance exprimée par ceux qui la vivent et expose sa méthode d'exploration.

4.1 La méthode d'exploration

Cette méthode met en œuvre la relation d'enquête qui se distingue de la plupart des échanges de l'existence ordinaire par le fait qu'elle se donne des fins de pure connaissance, mais elle reste une relation sociale qui exerce des effets sur les résultats obtenus, sujets à distorsions qu'il est nécessaire de connaître et maîtriser.

Dans ce type de relation, l'enquêteur n'est pas neutre et doit s'efforcer "*de faire un usage réflexif des acquis de la science sociale pour contrôler les effets de l'enquête elle-même et s'engager dans l'interrogation en maîtrisant les effets inévitables de l'interrogation*" et aussi "*essayer de porter au jour la représentation que l'enquêté se fait de la situation*".

"c'est l'enquêteur qui engage le jeu et institue la règle ; c'est lui qui le plus souvent, assigne à l'entretien, de manière unilatérale et sans négociation préalable, des objectifs et des usages parfois mal déterminés, au moins pour l'enquêté. Cette dissymétrie est doublée par une dissymétrie sociale toutes les fois que l'enquêteur occupe une position supérieure à l'enquêté dans la hiérarchie des différentes espèces de capital, du capital culturel notamment", toutefois, l'interrogateur ne peut oublier qu'en objectivant l'interrogé, il s'objective lui-même : l'interrogation tend naturellement à devenir une socioanalyse à deux dans laquelle l'analyste se trouve pris.

Il est donc nécessaire d'instaurer une relation d'écoute active et méthodique, qui permette toutefois de construire scientifiquement le discours pour qu'il donne les éléments nécessaires à sa propre explication.

BOURDIEU propose, sur ce point, de tenter de se situer en pensée à la place que l'enquêté occupe dans l'espace social pour se donner "*une compréhension générique de ce qu'il est, fondée sur la maîtrise des conditions sociales dont il est le produit*" pour comprendre et expliquer, sans tomber dans la bienveillance, mais en faisant en sorte que l'interrogation et la situation aient un sens pour l'enquêté, un moment privilégié qui n'a rien de commun avec des rencontres ponctuelles ou occasionnelles.

Cette forme d'entretiens participatifs permet d'instaurer une relation d'écoute active et méthodique, "*participation par laquelle on s'engage dans la conversation, avec l'interlocuteur*", à la différence de l'entretien où l'enquêteur s'interdit tout engagement personnel, par souci de neutralité.

A cette occasion, l'enquêteur contribue à créer les conditions d'apparition d'un discours exceptionnel, qui aurait pu ne jamais être tenu, dans l'attente des conditions d'actualisation. Certains enquêtés peuvent saisir cette situation qui leur est offerte de témoigner, de s'expliquer pour construire leur propre point de vue sur eux-mêmes et sur le monde.

On pourrait parler, dans ce cas, "*d'autoanalyse provoquée et accompagnée*".

¹⁸⁶P. BOURDIEU (sous la direction de), *La misère du monde*, Ed. Du seuil, Paris, 1993, 1460 p.

L'analyse de ce type de conversation pourra aussi faire apparaître, au delà des paroles prononcées, la structure des relations objectives présentes et passées, structures invisibles qui expriment leur vision.

La verbalisation amène son auteur à devoir structurer sa pensée et "*quand la pensée devient parole, la parole ne tardera pas à aboutir à l'action*"¹⁸⁷, si le vocabulaire disponible le permet...

Toutefois, peut-on faire confiance à ce que rapporte l'individu sur lui-même et dans quelle limite?. La question a déjà été posée.

En exprimant leur vécu et leurs sentiments, les participants s'engagent dans une action ; toutefois, dans la verbalisation, quelle est la part de " rêve ", quelle est la part de volonté de satisfaire l'enquêteur, par ailleurs coordinateur des actions ?

Dans son mémoire de Maîtrise, S. BAERT¹⁸⁸ rappelle les principaux éléments énoncés par Bertrand SCHWARTZ : "*l'un des aspects de l'autonomie est de s'accepter soi-même au milieu des autres (...), accéder à l'autonomie est une démarche qui implique : qu'on comprenne son environnement, qu'on soit capable de se situer par rapport à lui, qu'on soit capable d'agir sur lui*", pour "*contribuer plus efficacement au développement technologique et à la recherche de nouvelles formes de citoyenneté*". Il s'agit "*d'amener les individus à prendre conscience de leur situation en même temps qu'ils se forment*".

De même, P. DEMUNTER, cité par M.C. VERNIERS¹⁸⁹ indique que "*la valorisation à donner à l'expérience sociale et politique (...) doit déboucher non sur un savoir mais sur des savoir-faire et des savoirs-actions*"

La situation économique, le chômage et la précarité mettent en difficultés les personnes concernées. Difficultés financières, mais aussi relationnelles, tant envers les administrations chargées de gérer leurs problèmes que vis à vis de la communauté familiale ou du quartier, qui portent atteinte au fondement même de la personnalité et du concept de soi.

Par la conscientisation et une approche non directive de la formation, il semble possible de permettre aux participants une " auto remise en action ".

¹⁸⁷H. COX, citation de P. FREIRE in *La séduction de l'esprit*, Ed du Seuil, Paris, 1976, 314 pages, p 179..

¹⁸⁸S. BAERT, La qualification sociale des acteurs : un objectif de formation, mémoire de Maîtrise, Lille 1, 1995.

¹⁸⁹M.C. VERNIERS, La qualification sociale, un nouveau besoin de formation, cahiers d'études du C.U.E.E.P., juin 1985.

4.2 L'évaluation par les participants

Dans les pages précédentes, nous avons vu les circonstances qui ont amené les animateurs sociaux oeuvrant sur la commune d'Anor à proposer et développer quelques actions d'insertion sociale et les principes sur lesquels s'appuient ces actions.

Nous allons maintenant étudier et analyser les résultats de ces actions à travers les propos des participants obtenus à la suite d'entretiens personnels semi-directifs.

L'évaluation, l'enquête

Selon C. HADJI¹⁹⁰, certaines formes d'évaluation cherchent à produire de " l'information éclairante ", en effet, "évaluer peut signifier vérifier, juger, estimer, situer, représenter, déterminer, donner un avis".

Évaluer est une action particulière qui consiste à porter un jugement après avoir mené une investigation. C'est un jugement de valeur où sont interprétées et appréciées des données mises en rapport les unes avec les autres.

4.3 les objectifs

Dans le cas présent, il ne s'agit pas seulement de vérifier ce qui a été vu et compris par les usagers, mais de leur demander si les actions les ont satisfaits et ce qu'ils disent des informations reçues, et surtout, **quel bénéfice disent-ils en avoir retiré**, en particulier, un sentiment de mieux-être que l'on pourrait considérer, compte tenu de ce que nous avons vu précédemment avec R. L'ECUYER, comme étant une étape vers une prise de conscience et d'estime de soi, autant d'éléments qui participent de la reconnaissance sociale des personnes concernées.

Notre hypothèse est que : Les actions d'insertion sociale développées au cours des diverses activités produisent des changements de comportement dans les domaines sanitaire et relationnel et dans l'impression de bien-être chez les participants.

Il s'agit ici d'apprécier une situation par rapport à un critère cible (notion de mieux-être) sans modèle prédéterminé - et pour cause..., de dégager la signification d'une pratique, un des buts de l'association.

C'est une évaluation intermédiaire puisque l'action n'est pas terminée.

Son objectif est multiple :

1. faire le point après 2 ans d'activité et constater dès à présent des éventuels changements chez les participants.

¹⁹⁰C. HADJI, *L'évaluation, règle du jeu*, Ed. ESF, Paris, 1989, 2000, 191 p.

2. si besoin est, de réajuster les méthodes et moyens d'action de l'association et des animateurs.
3. les résultats de cette enquête seront transmis aux organismes financeurs afin de justifier les subventions accordées (et en obtenir de nouvelles ...).
4. élaborer une méthode d'investigation scientifique, ceci concerne davantage le responsable de l'association, l'étudiant lui-même.

4.4 La méthode d'investigation

S'agissant plus du "qualitatif" (le vécu, le ressenti) que du "quantitatif", c'est la méthode basée sur des entretiens semi-directifs qui a été retenue, permettant le retour réflexif de l'interviewé sur lui-même, nécessitant la construction d'une grille préalable d'entretien.

Le questionnement a été élaboré dans ce sens sur la base des thèmes abordés au cours des différentes actions comme la santé, les visites, les rencontres etc. Des questions ont aussi été posées sur les attentes initiales et leur éventuelle satisfaction, sachant bien que *"le plus neutre des interviewer influence la réponse de l'interviewé"*, surtout dans le cas présent où enquêteur et responsable de l'action ne font qu'un.

Dans chacun des thèmes, les critères retenus correspondent à un niveau estimé de satisfaction, par l'enquêteur, sur la base d'indicateurs que sont les "mots-clés" exprimés au cours de ces entretiens. L'ensemble de ces mots-clés, s'ils sont positifs, témoignera d'un certain niveau de mieux-être.

Tous les participants prenant part aux activités du mardi devaient être rencontrés, soit initialement 15 personnes, mais diverses circonstances ont fait que seules 11 ont été interviewées.

L'autorisation d'enregistrer les conversations a été sollicitée et obtenue ; tous ces entretiens ont été retranscrits par la suite pour permettre une analyse plus aisée.

Les thèmes abordés sont les suivants les suivants :

- l'équilibre alimentaire en tant qu'élément particulier du domaine de la santé, auquel on peut adjoindre le "look et l'estime de soi",
- la vie quotidienne, les travaux manuels et de création,
- la découverte de l'environnement et l'ouverture sur le monde extérieur,
- puis l'aspect relationnel tant avec les voisins que vis à vis des administrations qu'ils sont amenés à contacter,
- pour terminer par la formulation d'éventuels projets.

4.5 Les questions

La structure de la grille de l'entretien exploratoire est organisée de la manière suivante :

- a. avant les actions
- b. pendant les actions
- c. après les actions

dans ces trois phases, nous retrouverons les thèmes suivants

- a. le vécu
- b. la participation, les sujets abordés et l'intérêt
- c. les idées et projets

1. Domaine de la santé :

- sur le niveau de satisfaction quant aux informations reçues,
- la mise en pratique de ces informations,
- la fréquence et comment ces informations sont elles utilisées

2. Domaine de la vie quotidienne :

- les travaux "manuels "

3. L'environnement :

- le niveau de satisfaction des visites
- des propositions

4. Les relations :

- sur le constat, par les personnes elles-mêmes, de changements dans leurs relations avec leurs collègues, le voisinage, les administrations

5. La satisfaction des attentes initiales et l'expression de projets qui pourraient être réalisés maintenant

Les mots-clés ou phrases exprimés par les participants dans les différents thèmes abordés ont été repérés.

Les réponses attendues, imaginées ou espérées :

• les réponses imaginées, attendues

- j'ai aimé (ou pas) telle ou telle action
- j'ai fait des rencontres
- je voulais sortir de chez moi
- je me suis fait des amis
- j'ai aimé (ou pas) l'animateur de telle action

- **les réponses que nous pourrions attendre**

- j'aimerais parler de tel ou tel sujet
- j'aimerais faire ou voir
- je vais venir plus souvent (public I ou O)
- je vais faire cela à la maison
- je vais en parler avec d'autres

- **les réponses auxquelles on ne pense pas**

- penser qu'un régulier puisse dire s'il n'y voit aucun intérêt
- je vais arrêter de venir
- je propose des idées, mais je ne veux pas participer à leur mise en oeuvre

4.6 Le protocole préalable

Enoncé des conditions dans lesquelles se sont déroulés les entretiens :

- 11 personnes ont été rencontrées.
- chaque entretien dure entre ½ h et ¾ d'heure, toutefois, n'étant pas là pour "arracher les réponses et partir", dans le cadre des bonnes relations incluant des conversations à bâtons rompus, il est raisonnable de prévoir 1 h à 1h ¼...
- la rencontre se fait à la suite d'une prise de rendez-vous, si possible au domicile des personnes, sinon au local, un endroit neutre mais connu d'elles.
- le motif de la rencontre, expliqué rapidement lors de la prise de rendez-vous est explicité, la possibilité d'enregistrement sur cassette audio, par l'enquêteur, est sollicitée, mais non imposée.
- lors de chaque entretien, une description sommaire du cadre est faite indiquant la disposition de la pièce, des places prises par chacun des participants (enquêteur / enquêté) dans la pièce, etc.
- l'entretien commence par les questions fermées pour aller progressivement vers les questions ouvertes afin d'amener les "enquêtés" vers une expression plus libre, avec si possible reformulation des termes par l'enquêteur pour s'assurer d'une bonne compréhension.
- tous les entretiens sont ensuite mis par écrit et classés en annexe du présent mémoire.

Initialement, en octobre 2000, il avait été prévu de rencontrer les 15 personnes participant, de manière plus ou moins assidue, aux réunions hebdomadaires. Parmi celles-ci, une est maintenant employée en C.e.s. par la commune et ne participe plus aux activités ; un entretien prévu(n° 6), n'a pu se faire, les conditions n'étant pas particulièrement favorables, un autre, reporté plusieurs fois par la personne à rencontrer, a été abandonné.

Deux entretiens ont été fait " en doublés", le premier (1 et 1 b), la personne à rencontrer était accompagnée de sa sœur, à rencontrer elle aussi, le second (9 et 9b, voisines), pour profiter de la facilité d'éloquence de l'une pour entraîner l'autre, cette dernière ayant refusé l'entretien dans un premier temps. Au total, ce sont donc 11 personnes qui ont été interviewées.

5. ANALYSE QUALITATIVE

5.1 La santé

■ Sur la santé en général

"aussi bien alcoolique... que la drogue...c'est très, très intéressant déjà...parce que bon, on n'en sait jamais assez, sur ces trucs là" (1,26), "Marie Hélène pour les soins infirmiers....., le bilan de santé..." (8,13), "vous avez fait le bilan de santé, il y a un an et demi ? oui, on l'a fait (...) on continue à se soigner, on a toujours mal partout..." (9 et 9b, 197 et +)

■ L'équilibre alimentaire a donné lieu à d'avantage de commentaires :

"ah oui, parce que c'est vraiment intéressant, c'est vraiment intéressant" (1,106), "moi, je trouve que c'est bien l'équilibre alimentaire....parce qu'on a négligé pas mal d'années, pas mal de temps, hein, c'est bien.....dans le temps, on ne s'occupait pas trop de ces trucs là, on mangeait n'importe quoi, n'importe comment.....maintenant on y regarde un petit peu plus, je crois....., surtout pour les enfants..." (5,46), "je suis très satisfaite, ah, oui, je dis que c'est utile...je dis que c'est bien parce i'a beaucoup de personnes qui connaissent pas, hein" (7,55), "ah, très, assez satisfaite" (8, 25), "oh, très satisfaite, et en plus, elle nous explique bien, elle faite les recherches, elle nous apporte les bouquins..." (10, 22).

avec toutefois des nuances : "sur l'équilibre alimentaire, ça vous a plu ? M : bof... (...), L : oui, c'est bien" (9 et 9b,135), il semble ici que les contraintes dépassent les espoirs ou effets attendus...

■ Quant à la mise en pratique

• affirmation catégorique :

"ouais, on fait équilibré(...) ben euh...même si c'est du vite fait, (...) même si c'est vite fait, on arrive à équilibrer (...) et moi quand que j'fais à manger maintenant, c'est ce que..., c'est la première idée qui me vient, équilibré, un réflexe (...) ça devient un réflexe, ça c'est certain" (1,145), "oh, ben tous les jours, on mange.....(...) oh, ouais, je mange, je mange équilibré....." (5,59). "moi, je les mets en pratique, moi, tous les jours, pour les repas" (7,62)

• une application sélective apparaît : "deux fois par semaine, je sers ma fille qui a 14 ans, mon fils, bon, ben, ça ne l'intéresse pas..." (4,52), "pour moi, tous les jours, pour la famille, une fois de temps en temps (...) ben, euh, parce que JM, il aime bien manger avec de la sauce" (8,27)

• parfois, la spontanéité est reprise pour être modérée "et qu'on applique ! (...) hein c'est vrai, on applique le truc, euh, on essaye..." (1, 117), "toujours (...) oui...mais faut dire, faut être franc, hein (...) moi j'suis pas tout le temps" (9,140) et quelques fois peu convaincante dans

l'affirmation (2,33) et "ben heu..., assez régulièrement (...) - une ou deux fois par semaine ?- (...) oh, oui..." (10,31).

- et puis, la tentation reprend le dessus... : "t'y toucheras pas, elle est là, (...) j'ai dis " toi t'y toucheras pas ", mais t'à l'heure, j'ai dis " bof , une ou deux" (9,155)

Dans l'ensemble, les conseils ont été entendus..., on peut penser qu'avec le temps, le jeu de l'oie, le puzzle (dans lesquels beaucoup se sont impliquées, forme "d'engagement") et une pratique collective, avec l'installation du coin cuisine de la Maison de la Solidarité, ces conseils seront plus appliqués

5.2 Le "look"

Activité relativement nouvelle (depuis le mois d'octobre dernier soit 5 interventions), celle-ci est peu citée bien que les effets en soient visibles et exprimés auprès des autres animatrices : sujet féminin et trop intime pour être exprimé à un enquêteur masculin ?

Toujours est-il que cette activité n'est évoquée que 3 fois :

"Maintenant il y a le maquillage et tout ça c'est une détente (...) Ah, c'est une détente ça (...) c'est vraiment une détente" (1, 31)

"qui c'est celle-là...ah, oui, l'esthéticienne, ah, oui, elle est bien" (9b,371), *"la dame qui fait le maquillage qui vient aussi une fois par mois"* (5, 196),

- mais :

"ah, oui, mais j'aime pas qu'on me touche moi, si, euh, tout ça, mais j'aime pas qu'on me touche (...) mais c'est les mains que j'aime pas qu'on me tripote, j'sais pas pourquoi" (9,374) ; pour autant, la personne qui a exprimé ces mots participe toujours à cette activité....

Des discussions réalisées postérieurement aux entretiens (janvier à mars 2001) tendent à montrer une évolution très nette sur cette activité

5.3 Les découvertes

La question, posée au sujet des visites effectuées auprès de divers entreprises et/ou musées locaux, a suscité des réactions : la découverte des process, de ce qu'on fait dans ces entreprises, pourtant bien connues par leur réputation, l'ambiance, le bruit, la technique, le savoir faire et les pièces ou produits qui y sont fabriqués : ici, au sujet des visites de la verrerie de Momignies et de l'atelier musée de l'Écomusée à Trélon *"ah oui, une découverte, c'est certain", "oui, parce que faut l'avoir vu pour savoir comment que ça ce passe, hein", "on ne s'imaginer pas exactement, on a peut être des petites idées, mais on ne se l'imaginer pas, puis, souffler dans ce truc là, c'est pas évident"* (1, 295 et s.)

"j'aime bien faire les... ce qu'on est en train de faire maintenant quoi..., les visites, les visites m'ont intéressée, faudrait continuer les visites," (7, 13)

La découverte de ce qu'est une entreprise : "pour moi, oui, c'est parce que avant..., j'avais jamais vu faire ça, ça m'a fait un grand bien, quo" (2, 93) les conditions de travail : "les p'tits cabanons, là, où qu'c'est qu'i mettaient leurs affaires, j'avait des tous petits..." (3, 140), en effet, savoir que des enfants étaient employés dans l'industrie est une chose, le réaliser en est une autre..., ou encore : "mais j'étais pas rentrée complètement dedans....., ça fait trop de bruit" (9,205), et aussi la prise de conscience d'une certaine réalité "c'est pas évident, hein, de travailler là dedans" (9b, 210).

Certaines personnes expriment une satisfaction, mais sans plus "oui, ça m'a plu, les sorties surtout." (4, 10), "tout ce qui est... où on va visiter... tout ça, ça m'intéresse, moi" (9,62) ; parfois l'occasion de s'amuser "oh, oui, oh, c'est sûr, alors là, on en a gardé des souvenirs..., je vous dis pas lesquels...", (5, 135).

Les souvenirs sont parfois difficiles à revenir, alors que les sujets semblent pourtant avoir intéressé : "ah, oui, avant... si, on avait fait des visites, euh, des trucs d'association, comment on appelle, qu'on a été voir, les..., comment on appelle..., les petits magasins, là... j'me souviens plus..., oui, les..., (CC : marchés de Noël ?) oui, ça, mais i'a aussi, comment qu'on appelle ça... qu'on a été voir, qu'on veut faire pareil, qu'on veut faire, là... ah ! ..., l'épicerie ! qu'on a été voir, c'était bien aussi, ça, les visites d'épiceries..., si'n'd'a 'cor à visiter, ça s'rait bien de l'revoir" (7,100).

La plupart sont partantes pour d'autres visites et des propositions ont été faites,

- l'architecture religieuse :

"moi j'aime bien, j'aime bien tout ce qui est architecture, tout ce que..., les cathédrales, tout ça, tout ça j'aime bien, aller voir des vitraux, tout ça dans les cathédrales..." (1,320), "j'aimerais bien visiter des églises, tout ça," (5,172), "on irait visiter les chapelles" (5,200).

- les grottes et musées :

" moi, j'ai toujours été intéressée par les pierres, les grottes..." (2, 93), "j'aimerais bien voir un musée ancien, vous savez les trucs des guerres, là, et tout ça, l'archéologie aussi, là, le., les trucs d'Égypte, si on peut, si on peut hein !" (7,105), "des grottes, je n'sais nin c'que j'ai avec les grottes" (7b, 240),

- la curiosité, exprimant peut être aussi l'envie d'une visite d'entreprise agro-alimentaire

"tout ce qu'on voit, euh, une chocolaterie..." (8, 55)

- des lieux connus pour leur réputation, ou déjà vus et qu'on aimerait voir de nouveau

"j'aimerais bien aller visiter Sars Poteries"(5, 154), "les fameuses mines de...(..) Lewarde" (9,254)

5.4 Les travaux manuels et de création

- Les travaux manuels ont un certain succès :

"j'aime bien les travaux qu'on fait avec Emmanuelle" (7,12), "Emmanuelle pour les savoir faire" (8, 14), "tout ça, des travaux manuels, on parle cuisine, on parle de trucs que nous on ne sait pas, et qu'on sait maintenant..." (9,27), "mais, rien que pour faire les tableaux, avec Emmanuelle, tout ça, j'aime bien tout ces choses là....," (10,95), "ce que je ne savais pas faire : le crochet, la couture" (4,160)

- mais parfois aussi :

"moi, le crochet, faut pas m'en parler, moi, ça m'énerve, moi je...., je préfère les dessins" (9b,382), "n'importe quoi, mais tricoter...j'fais 3 lignes et après, ça valse, tenir le...comment, le fil entre les doigts..." (9, 384)

- et leur transfert :

"c'est vrai que, y a beaucoup de.... de jeunes qui voudraient apprendre tout ce qu'on sait faire, nous..." (1, 75), "et puis de montrer de....,ce qu'on sait faire"(5,263), " parce que moi, les t'ios i'sen on fait ici, j'i'aur'sez apporté un truc et Nicolas il en a fait un, Virginie on va le faire avec autre chose, i's'aiment bien tout ce qu'on fait" (7,132), ici, le transfert s'est fait auprès des enfants, amenant une valorisation certaine de la personne interviewée par ceux-ci.

5.5 L'aspect relationnel

- Avec les voisins, dans l'ensemble, les contacts sont meilleurs :

"ça, ça fait du bien, parce que ça extériorisait, ben, i'a rien à faire, il faut sortir hein ! faut pas toujours rester enfermer hein, il faut faire quelque chose dans la vie" (3,263)

"ben oui..., ça m'a amenée de sortir, sortir de mon trou... (...) j'ai d'autres occasions de parler" (5,255), "regardez, avant, euh, moi je connaissais pas, L, si, plus que moi, mais j' connaissais pas comment, J, mais j'connaissais pas M, j'connaissais pas ci, j'connaissais pas là, mais maintenant, ben ça y est" (9,328), "parce que connaissais pas beaucoup de personnes, ça m'a permis d'avoir des contacts..., de rencontrer d'autres personnes, quoi... (...) alors qu'avant, je savais pas où m'adresser" (10,57)

- mais...

"non, ils sont toujours aussi..., non, je crois qu'ils sont toujours... non, c'est pareil" (5, 235).

- et aussi... la jalousie

"quand on cause d'vous, quand qu'on cause de M'sieur le Maire, quand qu'on cause..., ben qu'on s'met en rapport avec...,ben, vous savez, i'sont jaloux, (...) personne ne les a empêchés de faire comme nous, oui, c'est la mentalité d'Anor, les gens sont jaloux, i'sont jaloux à Anor les gens hein !" (3,212), "ben, en savant que j'fais partie des Restos du Cœur, i'a déjà une personne qui, dans mon entourage qu'est pas..., qu'est un petit peu jaloux que j'fais partie des Restos du Cœur, je sais pas pourquoi" (2,170)

■ Les contacts avec les administrations sont plus faciles :

"quand on y va, ben on comprend déjà mieux c'qu'i disent, parce qu'au début... on..., moi, au début, j'étais perdue, j'y connais rien du tout, alors depuis ce temps là, ça va, ça commence à rentrer, j'arrive à me débrouiller (...) je suis un peu plus franche, je peux me débrouiller moi même" (7,150), "oui, mais on est moins bêtes !(...) non, c'est pas la question de ça, mais je veux dire, bon, ben, y'a des trucs qu'on savait pas" (9b,320), "disons que les démarches sont beaucoup plus faciles maintenant, les démarches pour les papiers" (1, 447).

• Toutefois :

"c'est facile" (9,330), "non, j'en ai pas..." (5,231)

• et même :

"assez difficiles" (4,188), "on s'occupe davantage des gens, on voit autour plus la misère autour de soi, il y en a de plus mal lotis que nous" (1, 616).

5.6 La valorisation et les changements personnels

- Certaines personnes (5 sur 11 rencontrées) constatent d'elles-mêmes un changement dans leur manière d'être : *"oui c'est vrai que je suis plus souriante maintenant, on me le dit, donc j'ai un abord qu'est pas si..." (1, 472), "je parle plus facilement à des personnes que je ne connais pas" (1, 467), "c'est vrai que ça a changé, j'ai le contact plus facile" (1, 502), "c'est vrai que j'suis plus ouverte..., c'est vrai que j'm'en rends pas compte, hein en fin de compte..." (1, 515), "c'est bien, j'suis bien dans ma peau" (3, 215), "et puis moi, ça me fait du bien de participer pour les Restos du Cœur" (2,118), "ben, ça a changé ma vie quoi, déjà pour moi, les enfants, j'bouge un peu plus, c'est un changement, quoi," (2, 190), "j'étais une personne renfermée, bon, ben, ça... j'sais pas, comme ça, c'est...,ça m'a aidée..., j'me sens plus forte par rapport à avant" (2, 213), "je suis plus ouverte, plus franche (...) c'est plus pareil, disons que j'suis plus ouverte, plus en avant, je ne reste plus en retrait, c'est ç'que j'voulais dire..., j'sais pas, j'me sens bien" (7,180), "je savais pas communiquer et tout ça, c'était déjà pas facile... .et j'sais pas, euh, la confiance, quoi, ça m'a mis en confiance de rencontrer les personnes dans un autre cadre, quoi... (...) oui... , parce que avant, j'étais plus renfermée, tandis que j'sais pas, c'est*

euh..., la façon parce qu'on parle ensemble, tout ça, et puis j'ai plus trop de timidité à parler parce qu'avant, j'aurais pas osé" (10,72)

- Et puis, le mot " apprendre " a été prononcé 11 fois par 7 personnes :
*"on en apprend beaucoup hein !..." (1, 21), "c'est vrai qu'on apprend ... (...)
et... ça ouvre des voies (...) on est plus confiants en soi même" (1, 457),
"puis on apprend pas mal de trucs qu'on ne connaissait pas" (1, 640),
"mais, ça apporte beaucoup de choses, plus en savoir, plus en apprendre,
puisque y a des choses qu'on a pas appris, qu'on ne sait pas" (2, 145), "on
apprend des choses quoi, c'est peut être ça, on a appris oui, n'importe
comment on apprend toujours, enfin ici, on apprend parce qu'on aime
beaucoup les réunions, ça a apporté, oui, ça nous a enrichis, c'est vrai, i'a
des choses qu'on savait pas..., ben oui, i'a des trucs qu'on savait pas,
comme ceux qui sont venus pour voir, et ben, ça nous a apporté des trucs
qu'on sait pas, ils expliquent ce qu'on savait pas, ben, oui" (3,239), "ce que
je ne savais pas faire : le crochet, la couture, j'ai trouvé aussi que... avec
vous, vous avez fait le planning des budgets" (4, 163), "des tas de choses
à apprendre... oui c'est vrai, j'en apprends des choses" (5,187), "j'trouve
qu'on a appris beaucoup de choses quand même" (5, 260), "on apprend
des trucs...", (9,22), "disons parce que j'apprends beaucoup de choses,
déjà, d'une" (10,7)*

5.7 Les rencontres

*"on n'est pas toute seule, on peut se... ;quand i'a que'qu'chose qui va pas, on
peut 'cor discuter, on peut rencontrer quelqu'un...", (7, 185), "ah, moi ça... au
moins on voit des têtes qu'on ne voit pas dans la semaine, vu qu'on sort pas
(...) ça nous fait déjà sortir de chez soi" (9b,17)*

5.8 Le regard des autres

*"maintenant !, ben ça m'a donné un, un grand bien, avoir les contacts avec les
gens, des faire partie des Restos du Cœur....et, puis, ben maintenant, un peu
tout quoi, c'est un mieux" (2, 185), "mais toi malgré tout, les gens, ils me le
disent maintenant, quand ils la connaissaient il y a....il y a deux ans, elle avait
pas le sourire comme elle la maintenant" (1, 465) "ah oui, c'est vrai, on me le
dit..., c'est vrai que je m'en rendait même pas compte, oui c'est vrai que je suis
plus souriante maintenant, on me le dit, donc j'ai un abord qu'est pas si..." (1,
470),*

5.9 Maintenant...

Implicitement, toutes les phrases relevées constatent un changement entre " l'avant et le maintenant ".

Ce mot a été utilisé fréquemment (43 fois) par les usagers ; on peut penser qu'il exprime le constat, par les personnes elles-mêmes, d'un changement dans leur vie, leur façon d'être ou de faire, au point d'en être devenu un "besoin " : "c'est vrai que... maintenant si on ne venait plus..." (2, 625).

En fait, les activités développées, d'une manière régulière (tous les mardis après midi) sont devenues une référence dans le déroulement hebdomadaire, un moment exceptionnel qui permet de sortir de l'ennui du quotidien et en même temps une **prise de conscience** de leurs propres capacités nouvelles à pouvoir faire, savoir faire et à montrer ces capacités à leur entourage.

6. CONCLUSION : L'EXPRESSION D'UN MIEUX-ETRE

Le **mieux-être**, selon un dictionnaire usuel¹⁹¹, serait "*un bien-être accru, lui-même, un état agréable du corps et de l'esprit, qui rend l'existence aisée et agréable*". Il est toutefois important de ne pas confondre mieux-être et bien-être : le premier est une étape, à un moment donné comparé à un moment précédent tandis que le second est un acquis (définitif ?). Le mieux-être serait une étape vers le bien-être.

D'autre part, le mieux-être n'implique pas systématiquement une existence aisée et agréable, mais une tendance vers cet état, ce que nous avons aussi constaté dans les entretiens. A de rares exceptions près, les termes utilisés par les usagers indiquent que les actions menées ont donné satisfaction, le premier élément sur lequel nous pouvons appuyer notre argumentation est la participation volontaire des usagers : on peut aisément penser qu'une personne ne serait pas restée dans le groupe si les activités ne lui avaient pas plu, ce qui n'a pas été le cas (au contraire, même, puisque le groupe intègre maintenant "trop" de participant (e)s au point de devoir dédoubler ce groupe sur une autre journée).

Sur l'aspect relationnel, de part la satisfaction exprimée au cours des entretiens, on peut constater l'expression d'une évolution qui met les personnes concernées dans une situation de mieux-être, autant vis à vis d'elles-mêmes que dans leurs rapports avec autrui.

Pour les animateurs, le mieux-être est une étape vers "la remise en marche" d'une population dominée par une société qui va trop vite pour elle, sortir de l'assistant, attachés en cela à la pensée de Bertrand SCHWARTZ qui donne le primat "du social sur le professionnel" : peut-on demander à quelqu'un qui a tellement de problèmes primordiaux à résoudre (comprendre les papiers et formulaires nécessaires pour garder leurs droits, les déplacements et leur coût, les relations - souvent tendues - avec le voisinage, etc.) d'aller chercher un travail hypothétique ou une formation parking ?.

Au delà de l'action, un des objectifs de l'action est d'amener les participants à avoir envie de continuer le développement de la relation sociale où la reconnaissance par les autres, par un changement de regard réciproque, est un élément important, ce qui semble avoir été atteint

Aussi importante est leur prise de conscience de leurs propres capacités et la reprise de confiance en eux..

Mais c'est aux participants eux-mêmes de le découvrir, et à leur rythme et toute avancée, même infime, est un pas gagné sur ce qu'ils pensaient être la fatalité.

Aujourd'hui (mai 2002), l'action se poursuit : l'Epicerie Solidaire fonctionne avec l'aide d'une salariée en contrat Emploi-Jeune terminant sa formation d'Assistante Sociale et 5 familles ont été intégrées au groupe des participants initiaux. Les activités ont lieu 2 après-midis par semaine, (et souvent

¹⁹¹ Dictionnaire encyclopédique Hachette 97, CD Rom

davantage) sur la base d'échanges de savoir-faire pour la création d'objets de décoration vendus dans des expositions locales

Financée par la Commission Locale d'Insertion, une formation aux Premiers Secours assurée par le Centre de Secours de Fourmies a été suivie par 12 personnes. La remise de diplômes doit avoir lieu dans les prochaines semaines : ceci est un élément important puisque pour la plupart des personnes concernées, ce sera le premier de leur vie...

Deux personnes sont actuellement en formation, deux sont inscrites dans le cadre de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.) et deux autres se sont inscrites pour des Contrats Emploi Solidarité au sein de la commune : conséquence directe des actions de A deux Mains ? les animateurs le croient.

INDEX DES SIGLES

A.F.A.D.	Association Familiale d'Aide à Domicile
A.N.I.	Association Nationale d'Insertion.
A.N.P.E.	Agence Nationale Pour l'Emploi.
A.R.I.M.S.	Association pour la Réhabilitation d'Initiatives Médico-Sociales
A.S.S.E.D.I.C.	Association pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
B.F.C.C.	Banque Française de Crédit Coopératif
C.A.F.	Caisse d'Allocations Familiales
C.C.A.S.	Comité Communal d'Action Social.
C.e.s.	Contrat Emploi Solidarité.
C.E.S.	Conseil Économique et Social.
CoPil	Comité de Pilotage
C.P.S.	Centre de Prévention Santé
C.S.C. Insertion	Centre Socio-Culturel, service Insertion.
C.S.T.S.	Conseil Supérieur du Travail Social.
D.U.F.A.	Diplôme Universitaire de Formateurs d'Adultes.
F.E.D.E.R.	Fonds Européen de Développement Régional.
F.E.O.G.A.	Fonds Européen d'Orientation et de Garantie Agricole.
F.S.E.	Fonds Social Européen.
I.G.N.	Institut Géographique National.
I.N.S.E.E.	Institut National de la Statistique et des Études Économiques.
P.L.I.E.	Plan Local d'Insertion et l'Emploi.
P.R.A.P.S.	Programme Régional d'Actions de Prévention et de Soins
R.M.I.	Revenu Minimum d'Insertion.
S.A.I.S.	Service d'Action et d'Intervention Sociale (de la C.A.F.).

S.D.F. Sans Domicile Fixe

S.N.C.F. Société Nationale des Chemins de fer Français.

UNESCO. Union Nations Educational Scientific and Cultural Organisation.

U.R.I.O.P.S.S. Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés
Sanitaires et Sociaux

BIBLIOGRAPHIE

- 📖 *l'État de la France et de ses habitants*, La Découverte, Paris, 1989, 514 pages.
- 📖 *l'État de la France 97-98*, Éditions La Découverte, Paris, 1997, 690 pages.
- 📖 *Profils*, dossiers de l'I.N.S.E.E., le Nord Pas-de-Calais et ses emplois, 1996.
- 📖 BAERT Stella, *La qualification sociale des acteurs, un objectif de formation*, Mémoire de Maitrise, Université de Lille I, 1995.
- 📖 BOURDIEU Pierre, (sous la direction de), *La misère du monde*, Ed. Du seuil, Paris, 1993, 1460 p.
- 📖 BERTRAND Yves, 1998, *Théories contemporaines de l'éducation*, Éditions Nouvelles, Montréal, 4^e édition, 305 pages.
- 📖 BURY Jacques A., 1988, *Éducation pour la santé*, éd. De Boeck, 225 pages. CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard, Folio-essais, Paris, 1995, 809 p.
- 📖 COCHARD Claude, *Les bénéficiaires acteurs dans une action des Restaurants du Cœur*, Mémoire de D.U.F.A., Université de Lille III, 1999, 70 pages.
- 📖 COCHARD Claude, *Une action d'insertion sociale à Anor, un mieux-être exprimé par les participants*, Mémoire de Maitrise de Sciences de l'Éducation, Université de Lille I, 2001, 106 pages.
- 📖 COX Harvey, *La séduction de l'esprit*, Ed. Du Seuil, Paris, 1976, 314 p.
- 📖 C.S.T.S., *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rapport au Ministre, janvier 1996. 138 p.
- 📖 DEMAZIERE Didier, *Le chômage en crise ?*, Presses Universitaires de Lille, 1992, 363 p.
- 📖 FREIRE Paulo, 1977, *Pédagogie des Opprimés*, Paris, Maspéro Éditeur, la Petite Collection, 202 pages.
- 📖 GOFFMAN Erving, 1963, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 175 pages.
- 📖 GREEN J., TONES L. et MANDERSCHIED J.C., 1995, *Efficacité et utilité de l'éducation à la santé à l'école*, Revue Française de Pédagogie n° 114.
- 📖 HADJI Charles, 1989, 2000, *L'évaluation, règles du jeu*, Ed. E.S.F., Paris, 191 pages.

- 📖 HAYES et NUTMAN, *Comprendre les chômeurs*, Ed. Margada, Liège, 1981.
- 📖 I.N.S.E.E., 1999, *Données sociales, la société française*, 506 pages.
- 📖 JOHO Joseph, 1991, *Guide pratique des Associations*, Colmar, auteur - éditeur, douzième édition, 512 pages.
- 📖 LECLERCQ Véronique, 1999, *Face à l'illettrisme, Enseigner l'écrit à des adultes*, Ed. ESF, Paris, 199 pages.
- 📖 L'ECUYER René, *Le concept de soi*, P.U.F., Paris, 1978, 211 pages
- 📖 LEGENDRE Nadine, 1999, *Les conditions de vie des pauvres*, in. *Données sociales, la Société française*, I.N.S.E.E., 506 pages.
- 📖 LESNE, *Travail Pédagogique et Formation des Adultes*, L'Harmattan P.U.F., 1977, 185 p.
- 📖 PAIR Claude, 1998, *L'école devant la grande pauvreté*, Paris, Hachette, 221 pages.
- 📖 PAUGAM Serge, 1995, *La société française et ses pauvres*, Paris, P.U.F., 317 pages.
- 📖 ROGERS, Carl, 1972, 1999, *Liberté pour apprendre*, Paris, Ed. Dunod, 364 pages.
- 📖 ROUDINESCO, Élisabeth, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Ed Fayard, Paris, 1997, 293 p.
- 📖 SCHNAPPER Dominique, *L'épreuve du chômage*, Gallimard, Folio-actuel, Paris, 1981,1994, 273 p.
- 📖 SCHWARTZ Bertrand, 1994-1997, *Moderniser sans exclure*, Paris, La Découverte Poche, 251 pages.
- 📖 SUE Roger, 1994, *Temps et ordre social*, Paris, Presses Universitaires de France, deuxième édition, 313 pages.
- 📖 VERNIERS M.C., *La qualification sociale, un nouveau besoin de formation*, Cahiers du C.U.E.E.P. n° 3, juin 1985.

UN ENTRETIEN

le 12 février à 10 h

J a 52 ans, mariée, divorcée, remariée, séparée, elle a 2 enfants de son premier mariage et 2 autres, de 13 et 14 ans, du second, qui vivent avec elle. Tous les jours, elle rend visite à son second mari, malade, en conduisant N. et V. à l'arrêt du bus scolaire. Sortie de l'école primaire à 14 ans, elle a été ouvrière dans diverses usines textiles de la région ; depuis son premier mariage, elle n'a plus d'activité professionnelle.

Elle habite dans le quartier de la Verrerie Blanche, cité ouvrière privée, construite dans les années 1880. Les appartements, adossés à l'ancienne usine, ont été rénovés il y a environ 15 ans ; il y a 20 appartements dans la cité, occupés pour la plupart par ménages au chômage ou bénéficiaires du R.M.I.. Des petits jardins font face aux appartements, peu sont utilisés

L'entrée de l'appartement donne dans la pièce principale qui sert de salle à manger, le chauffage est assuré par une cuisinière à bois.

Sa fille aînée assiste à l'entretien.

CC : vous êtes de celles qui sont parmi les plus anciennes, même à l'origine des réunions du mardi, est-ce que vous pouvez me dire ce que nous avons fait depuis 2 ans ?

J : depuis 2 ans.....on en a fait des trucs.....j'm'en rappelle plus....., vous savez, moi je suis le jour le jour, alors

La fille : i'a eu les sorties

J : hein....., ah, oui, les sorties, ben oui, i'a eu pas mal de sorties...j'aimais bien....., on devait faire de la marche, i'a beaucoup de gens qui marchent pas, on devrait faire de la marche....., qu'est-ce qu'on a fait....., j'aime bien les travaux qu'on fait avec Emmanuelle, j'aime bien faire les ... ce qu'on est en train de faire maintenant quoi....., les visites, les visites m'ont intéressée, faudrait continuer les visites, visiter les chapelles, on les connaît pas !

CC : ça, c'est le futur, mais je parlais du passé

J : ah, oui, avant...si, on avait fait des visites, euh, des trucs d'association, comment on appelle, qu'on a été voir, les....., comment on appelle..., les petits magasins, là...j'me souviens plus..., oui, les....

CC : marchés de Noël ?

J : oui, ça, mais i'a aussi, comment qu'on appelle ça.....qu'on a été voir, qu'on veut faire pareil, qu'on veut faire, là...ah !....., l'épicerie ! qu'on a été voir, c'était bien aussi, ça, les visites d'épiceries....., si'n'd'a 'cor à visiter, ça s'rait bien de l'revoir

CC : il y en a 2 qui sont en train de démarrer, une à Aulnoye, et l'autre à Feignies

J : j'aimerais bien voir aussi ça, pour voir comment c'est que..., pour voir...

La fille : et puis la drogue....

J : ben oui, la drogue qu'on n'a pas vue la valise (*un gendarme spécialisé dans la formation sur les drogues devait présenter les " produits " mais est venu sans...*), la drogue, l'alcool

CC : c'est votre fille qui vous souffle les réponses....

J : oui, parce que j'en ai parlé...

CC : au moins, ça sert à quelque chose !

Rires

La fille : oui, tout ce que les gens savent pas, questions de l'eau, tout ça, pour apprendre à calculer

J : l'électricité..., l'eau..., là, on va voir ça pour les impôts, qu'on a demandé..., pour les impôts, voir comment qu'i s'basent pour voir euh..., comment qu'i s'basent, comment qu'on paie tant d'impôts, tout ça sur le salaire ou comme....., Marie Hélène pour les trucs de ... alimentaires, c'est pratique aussi, ça, c'est bien, ça....euh, qu'est-ce j'peux dire 'cor..., faudra qu'on relance du théâtre....., les jeux !

CC : les jeux

J : ah, oui, les jeux

CC : les jeux

J : repas, pique-nique dans les quartiers, qu'i faut recommencer..., oui, on a eu du monde, même ceux qui faisaient pas partie du tout, qu'on a eu quand même, on pourra aller dans un autre quartier, pour changer un peu

CC : on va voir, mais on va attendre les beaux jours....., par rapport à la santé, avec Marie Hélène, mais vous avez déjà répondu ou presque, est-ce que vous êtes très satisfaite des informations sur l'équilibre alimentaire, satisfaite...

J : c'est utile, si

CC : un peu satisfaite, pas satisfaite du tout

J : je suis très satisfaite, ah, oui, je dis que c'est utile...je dis que c'est bien parce i'a beaucoup de personnes qui connaissent pas, hein

CC : est-ce que vous mettez ces conseils en pratique, tous les jours, 1 ou 2 fois par semaine, de temps en temps ?

J : moi, je les mets en pratique, moi, tous les jours, pour les repas

CC : vous avez parlé aussi des factures d'EDF...est-ce que vous vous souvenez de ce que veut dire HP sur les factures ?

J : HP, c'est.....

CC : haute pression, habitation principale ou heures pleines ?

J : les heures pleines, j'crois...ça doit être les heures pleines...i'a heures creuses aussi, c'est HC....., oui, on regarde, parce que moi, (*montant le compteur électrique, près de la porte d'entrée*) je travaille aux heures creuses, je regarde mon truc qui monte, quand i'a heures pleines, je ne...

CC : vous avez le compteur sous les yeux

J : ouiet quand je vois qu'l'truc est monté, bon, je fais plus rien, je ne lave pas, pas de repas, je ne fais pas de cafetière, plus rien du tout, je fais quand c'est les heures creuses....je fais ma lessive à ce moment là, comme en ce moment

CC : pour avoir du café, il faut venir à ce moment là....

J : rires, oh, non, même en temps normal, on le passe à l'ancienne...

CC : à l'ancienne...., les taxes, qu'est-ce qu'il y a comme taxes sur les factures d'EDF ? la taxe d'habitation, la taxe foncière

J : ah, non !

CC : la TVA ?

J : la TVA, qu'il y a

CC : où est-ce qu'on peut lire le nouveau relevé d'eau ou l'électricité ?

J : ..., vous parlez de la facture ? ou....., sur la facture

CC : est-ce, là je crois que vous avez déjà répondu aussi,, vous allez trop vite....est-ce que donc les informations que vous avez reçues, vous permettent de mieux prévoir vos dépenses d'eau et d'électricité

J : oui, oui, parce qu'on calcule, hein, on devient radin....c'est pas ça, c'est tellement c'est cher, avec les augmentations, tout ça, alors on calcule pour dire de....., pour dire d'y arriver parce que c'est difficile quand même

CC : est-ce que vous êtes satisfaite, peu satisfaite, pas satisfaite de la visite des musées, des visites en général ?

J : ah, non, je suis satisfaite, moi, très contente

CC : très contente

J : ah, oui

CC : est-ce que ça a été des découvertes pour vous ?

J : ah, oui, on peut même 'cor en faire, connaît pas tout

CC : est-ce que vous avez une idée de ce que vous aimeriez aller voir

J : ben....., j'aimerais bien voir un musée ancien, vous savez les trucs des guerres, là, et tout ça, l'archéologie aussi, là, le..., les trucs d'Égypte, si on peut, si on peut hein !

CC : vous savez où il y en a ?

J : non, j'connais pas grand choses...., aussi des grottes, puisqu'il paraît qu'il y a des belles grottes, aussi des trucs d'alimentaire, comme....., des châteaux, je crois qu'on a déjà visité

La fille : il y a des gens qu'il y venaient y travailler (*il y a confusion ici avec des visites organisées par le Syndicat d'Initiative, il s'agit du château de Guise, que J et sa fille ne savaient plus situer*)

discussion...

CC : est-ce que vous avez maintenant des projets personnels qui vous semblent réalisables et qui ne l'étaient pas il y a 2 ans ?

J : mmoui,

CC : lesquels ?

J : euh, disons pour des sorties, comme nous on bouge plus maintenant, avant on ne bougeait pas beaucoup, c'est vrai qu'on ne sortait pas beaucoup, maintenant on bouge un peu plus quand même, on fait des sorties, on assiste à des spectacles....., on fait même des trucs comme dans la maison, on fait un jardin maintenant, qu'avant on ne faisait pas, on cultive des fleurs, des fleurs, j'aime beaucoup, si j'aurais que moi, j'aurais un champ

CC : ce sera peut être possible bientôt.... (*il s'agit ici de la négociation d'un terrain de la SNCF pour cultiver des jardins par les Restos*)

J : puis on fait des trucs qu'on a appris avec Marie Hélène et Emmanuelle qu'on fait chez nous, parce que moi, les t'ios i'sen on fait ici, j'i'aur'sez apporté un truc et Nicolas il en a fait un, Virginie on va le faire avec autre chose, i's'aiment bien tout ce que leur fait

- CC : *(regardant ce que les enfants on fait)* d'accord
- J : lui, l'a fait avec le vernis et Virginie, elle va le faire avec des perles, elle va faire autre chose, elle, pour pas faire le même, ouais, et comme ils ont vu, ils ont dit " oh, c'est bien Maman, ce que tu fais, on peut faire le même ? ", du coup, il a dessiné lui même, et puis il l'a fait avec du vernis à ongles, hein que c'est bien fait ?
- CC : du vernis à ongles, c'est cher, non ?
- J : c'est des petites bouteilles à 10 francs, on peut 'cor trouver autre chose, si, puis il y a des choses dès que j'ramène ici, que ça les intéresse
- CC : est-ce que vos contacts auprès des administrations, la CAF, la Sécu.... , est-ce que ça vous semble toujours difficile, moins difficile, plus facile
- J : non, on commence à comprendre, on comprend déjà mieux
- CC : c'est un peu plus facile ?
- J : oui...., quand on y va, ben on comprend déjà mieux c'qu'i disent, parce qu'au débuton ..., moi, au début, j'étais perdue, j'y connais rien du tout, alors depuis ce temps là, ça va, ça commence à rentrer, j'arrive à me débrouiller, avant, i fallait que j'demande à quelqu'un, fallait que j'trouve quelqu'un pour mes papiers
- CC : pour les papiers, mais vous arrivez... vous vous sentez plus à l'aise...
- J : oui, avant disons que j'avais un peu la trouille, mais maintenant, non, ça va, j'arrive, j'lis, j'vais voir et puis j'vais m'adresser moi même, qu'avant j'aurais plutôt dit qu'il y aille à ma place, tandis que maintenant, non, je suis un peu plus franche, je peux me débrouiller moi même
- CC : est-ce que vos rapports avec les autres participants de l'association, de l'association, sont difficiles, sans changement, plus faciles....
- J : non, c'est facile, très facile, on s'entend bien, il y a une bonne entente
- CC : est-ce que vos rapports avec le voisinage sont maintenant plus faciles, plus difficiles
- J : j'ai jamais eu de problèmes, sans changement, jamais eu de problèmes avec les voisins....disons qu'on ne s'en occupe pas, bon, ben, i'a des trucs qu'on s'en occupe pas comme ça, on se mêle de soi, c'est tout, i'a des moment où on discute bien, mais, je veux dire, j'ai jamais eu debonjour, bonsoir, c'est tout...
- CC : est-ce que vous pouvez, il y a deux ans, est-ce que vous vous souvenez pourquoi vous êtes venue aux réunions ?
- J : pour changer... de vie, pouvoir parler, changer de vie quoi, vu que je me suis retrouvée toute seule, bon, ben, pour voir du monde, pour pas faire de la dépression...., vous savez, au début, euh.... pas facile et maintenant ?
- CC : ça va !
- CC : est-ce que vous avez trouvé ce que vous cherchiez ?
- J : ah, oui, c'est bien
- CC : qu'est-ce que ça vous a amené ?
- J : je suis plus ouverte, plus franche
- CC : c'est positif, pour vous ?
- J : hum, ça a changé quand même depuis le début, c'est plus pareil, disons que j'suis plus ouverte, plus en avant, je ne reste plus en retrait, c'est ç'que j'voulais dire...., j'sais pas, j'me sens bien ,i'a une

bonne entente tout ça, on voit du monde, on n'est pas toute seule, on peut se... ; quand i'a que'qu'chose qui va pas, on peut 'cor discuter, on peut rencontrer quelqu'un....., j'ai même plus une minute à moi....

CC : est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voyez qui...

J :,non

CC : on s'arrête là ?

ALIMENTATION ET CANCER : L'IMPACT D'UN OUTIL DE PREVENTION

par Céline CREMERS

1. INTRODUCTION

La santé revêt différents aspects : physiologique, psychologique et social, qui interviennent dans des proportions inégales dans notre vie. Cependant, c'est une préoccupation presque générale : certains font du sport, d'autres sont végétariens, d'autres encore prennent des pilules miracle, bref tout est mis en oeuvre pour que notre esprit soit sain dans un corps sain. Cependant, cela ne veut pas dire que nous sommes tous en bonne santé et bien au contraire : le cancer représente la première cause de mortalité dans la région Nord-Pas-de-Calais. Chez les hommes (32% des décès), et la seconde cause de mortalité pour la femme (22% des décès). C'est pour cette raison que c'est un thème qui devient prioritaire en 1996, à la conférence régionale de santé, et reconnu priorité nationale en 1997.

Pour lutter contre ce fléau, le programme régional de santé intitulé "Challenges" tente de stimuler des actions concrètes qui permettraient de réduire la mortalité due au cancer. Dans cette perspective, l'association "Arc-en-Ciel" de la Française de Mécanique¹⁹² met en place des actions de prévention dont les effets sont déjà mesurables en ce qui concerne le tabac et le dépistage des cancers féminins. Toutefois, elles n'en sont qu'au début en ce qui concerne l'alimentation. Dans l'optique d'une amélioration de l'équilibre alimentaire, qui permettrait selon des études de réduire considérablement les risques de cancer notamment des voies aéro-digestives supérieures, l'équipe de prévention a réalisé un calendrier intitulé "le calendrier sain et sympa" qui devrait impulser une réflexion de l'ensemble des salariés autour du thème : "un fruit, un légume par jour, c'est facile".

Le but de cette étude est de mesurer l'impact d'un tel outil de prévention auprès des femmes d'ouvriers de l'entreprise. C'est pourquoi nous avons défini certains concepts théoriques pour nous guider dans cette recherche. Il fallait tout d'abord définir les concepts liés à la santé, à la promotion de la santé, à la psychologie de la santé et ceux de l'éducation à la santé. Il nous fallait également comprendre les différents mécanismes qui permettent à cette maladie de se développer, ainsi que le rôle joué par l'alimentation. Les différents modèles de prévention sont exposés afin de montrer les différents

¹⁹²Entreprise créée en 1969 qui produit des moteurs et pièces de fonderie pour l'industrie automobile.

facteurs sur lesquels influe ce type d'action. Les représentations sont définies d'un point de vue théorique, ainsi que leur contenu et l'organisation interne. Nous exposerons ensuite la méthodologie qui a soutenu cette étude, nous ferons l'analyse des données et discuterons de ces résultats.

2. LES NOTIONS DE REFERENCE

Ce volet de notre texte développe les principaux concepts auxquels il sera fait référence dans notre recherche.

2.1 LA SANTE

A. Définitions

Deux approches permettent de définir le concept de santé : l'approche médicale où elle représente "l'absence de maladie", "la vie dans le silence des organes" (Leriche, 1937) ; et l'approche positive qui la définit comme "bien être physique, mental et social" (OMS, article premier de la constitution, 1946).

B. L'éducation à la santé

Elle participe à l'apprentissage, au changement des connaissances, de la façon de penser, des comportements, des attitudes et des croyances. Son objectif est de réduire les risques de pathologies à divers moments de la vie tant à l'école qu'à la périphérie.

Plusieurs méthodes sont nées de cette perspective:

C. L'approche continentale (Bury, 1988)

Elle est basée sur la transmission de connaissances et d'informations puisqu'elle considère que la maladie ne survient qu'à cause de ce manque de savoirs sur la manière de la prévenir.

D. L'approche Québécoise (Mongeau, 1994)

Elle propose quatre modèles d'intervention en matière d'éducation à la santé : *le modèle moral*, où l'individu est responsable des causes de la maladie ; *le modèle des groupes anonymes*, où il doit se soumettre à une autorité extérieure pour pouvoir s'en sortir ; *le modèle paternaliste*, où la prise en charge du malade est assurée par un expert puisqu'il est en état d'incapacité ; *le modèle compensatoire*, où l'individu est responsable des solutions et doit se responsabiliser face à la maladie en adoptant un comportement adéquat.

E. Les approches américaines et anglo-saxonnes (Green, Tones et Manderscheid, 1996)

Les approches se déclinent en quatre modèles proches de l'approche de Bury : *le modèle préventif* qui a pour but de réduire les problèmes de santé en modifiant les comportements nuisibles (ayant accès à l'information, les malades adoptent des comportements plus sains) ; *le modèle éducatif* aide le sujet à interpréter l'information afin de faire des choix et de se fixer des buts dans le contexte de sa propre vie ; *le modèle radical* prône un changement social et politique favorisant la santé de l'individu ; *le modèle d'autonomisation* est basé sur le fait que les sujets ont fait le choix de mener une vie saine mais qu'ils sont dans l'incapacité de mettre ces choix en oeuvre, il faut donc développer les compétences nécessaires à l'accomplissement de ces choix.

F. La promotion de la santé

Elle rassemble les mesures de protection de la santé et les actions d'éducation pour la santé (Bury, 1988). Elle confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé. Elle prône l'égalité en matière de santé et fait appel en ce sens à tous les organismes concernés, de l'Etat aux médias. Elle valorise les moyens conduisant à une vie meilleure.

G. La psychologie de la santé

"C'est l'étude des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition de la maladie et pouvant ralentir ou accélérer son évolution"(Matarazzo, 1984). Elle vise à trois objectifs : promouvoir les comportements et styles de vie sains ; prévenir et traiter les maladies ; améliorer la prise en charge des patients.

Elle prend en compte les facteurs psychologiques et sociaux dans l'évolution de la pathologie. Trois modèles de base expliquent l'origine de la maladie :

Le modèle biomédical considère la maladie comme la résultante d'actions d'agents pathogènes externes et internes. L'individu, en quête d'homéostasie, déclenche les différents systèmes physiologiques et des états psychologiques pour faire face.

Le modèle épidémiologique est né de la comparaison entre les sujets malades et les sujets sains afin de déterminer une étiologie psychosociale de la maladie.

Le modèle psychosomatique se caractérise par la prise en compte des facteurs psychiques dans le développement de la maladie : la maladie résulterait d'une non-résolution des conflits émotionnels.

Marilou Bruchon-Schweitzer propose d'intégrer ces trois conceptions dans *le modèle bio psychosocial*. C'est l'interaction des facteurs sociaux, biologiques et psychologiques qui explique l'étiologie de la maladie. La prise en compte de l'individu doit donc être globale et traiter de tous ces aspects. Elle met l'accent sur le rôle *des antécédents* (caractéristiques sociologiques et biologiques de l'individu) et *des déclencheurs* (événements de vie aversifs) qui représentent *les prédicteurs* déterminants ; ainsi que sur *les modérateurs* qui sont les stratégies permettant de s'ajuster ou non aux situations perçues comme aversives.

2.2. LES CANCERS

A. Définition

Il s'agit de proliférations cellulaires qui ont tendance à persister, à s'accroître, détruisant et envahissant les tissus sains de façon anarchique, diffusant dans l'organisme sous forme de métastases.

B. Origine

Des gènes appelés facteurs oncogènes permettent la transformation d'une cellule normale en une cellule anormale cancéreuse. Ils sont inactifs et silencieux jusqu'à ce qu'ils soient réactivés par différents agents : virus, produits chimiques (tabac, goudron), mutation par des rayons (radioactivité), ou par une erreur de copie durant la division cellulaire.

C. Processus

Les premières cellules se multiplient en mitoses atypiques puis s'étendent en patte de crabe dans les tissus ou organes avoisinants qui sont alors détruits : c'est **la phase locale**. Durant **la phase de dissémination**, la maladie s'étend à l'ensemble de l'organisme par la diffusion des métastases. **Les récidives** constituent une caractéristique inconstante du cancer : il s'agit de la réapparition de cellules cancéreuses dans une zone apparemment guérie. **La cachexie cancéreuse** est le stade terminal du cancer. Il se caractérise par un amaigrissement important, anémie, asthénie, douleurs. Il s'agit de la généralisation et de la dissémination métastatique diffuse.

D. Les différents cancers

NOM DU CANCER	ZONE DU CORPS TOUCHEE
épithéliomas	<i>peau et muqueuses</i>
adénocarcinômes	<i>glandes</i>
sarcômes	<i>parties molles et tissus conjonctifs</i>
neuro ectodermique	<i>tissus nerveux, melanômes malins dérivés des naevi</i>
anaplasiques	<i>cancers inclassables : ne sont pas rattachés à un tissu normal</i>

E. Facteurs de risque et agents cancérigènes

- *Le tabac* : pour plus de 10 cigarettes par jour, on multiplie la fréquence d'avoir un cancer O.R.L, bronchique, ou vésical par 5 à 10. Le tabagisme passif entraîne un risque doublé d'avoir un de ces cancers.
- *L'alcool* : augmente la fréquence d'apparition des cancers bucco-pharyngés. S'il est associé au tabac, le risque est multiplié par 40 et plus.
- *La consommation d'aliments fumés* favorise la survenue de certains cancers ainsi que le fait d'avoir une alimentation peu équilibrée de manière générale, notamment les cancers des voies aéro-digestives supérieures.
- *L'amiante* favorise les cancers de la plèvre, *la poussière de bois ou de cuir* celui des sinus, de même que *les chlorures de vinyle et les colorants*.
- *Les facteurs héréditaires* peuvent expliquer une prédisposition pour le cancer de l'intestin, du sein, de la peau, ainsi que la transmission du mode de vie familial.
- *L'exposition aux rayons ultraviolets* peut provoquer le cancer de la peau.

D'autres facteurs comme *l'âge* (peu de cancers avant 40 ans), *le sexe* (sein et utérus pour la femme ; prostate et cancers dûs au tabac pour l'homme), *l'obésité et les infections* sont à prendre en compte.

F. Les données chiffrées

Les tumeurs sont, depuis 1988, la première cause de décès chez l'homme dans la région, et restent en seconde position chez la femme.

Elles représentent 32% de décès chez les hommes et 22% chez la femme.

Il s'agit, pour l'homme, du cancer du poumon : 24.8% de décès ; des V.A.D.S : 13% ; l'œsophage : 8.4% ; la prostate : 8.4% ; l'intestin : 8.5%.

Chez la femme, le cancer du sein domine : 20% de décès, suivi du colo-rectal : 4.2% ; l'ovaire : 6% ; l'utérus : 6.1% ; le poumon : 4.1%.

L'augmentation des cancers s'élève progressivement avec l'âge : avant 25 ans, la mortalité est très faible ; entre 25 et 64 ans, il devient la première cause de mortalité.

Le nombre de cancers est particulièrement important dans le secteur du littoral. En arrière pays, vers l'Est, s'étendent des circonscriptions rurales où se situe l'essentiel des sous-mortalités relatives. La moitié occidentale de la région rassemble des secteurs plus touchés : Lille, Roubaix, Valenciennois.

2.3 L'ALIMENTATION

A. Généralités

Les aliments sont des combinaisons de nutriments : les acides aminés, acides gras, sucres, vitamines, minéraux. Ils sont essentiels au bon fonctionnement de notre corps car ils permettent les réactions chimiques (synthèse et dégradation), participent à la régénération des cellules : ce sont des carburants, des stimulants et parfois même des poisons.

Le tableau suivant présente les différents nutriments ainsi que leur fonction.

NUTRIMENTS	FONCTIONS PRINCIPALES
Les fibres végétales	<i>permettent l'élimination des déchets</i>
Les protéines	<i>permettent la constitution des tissus</i>
Les lipides	<i>sont des combustibles</i>
Les glucides	<i>production d'énergie</i>
Les vitamines	<i>permettent le déclenchement de réactions chimiques</i>
Les sels minéraux	<i>sont des catalyseurs et des éléments bâtisseurs</i>
L'eau	<i>permet les échanges chimiques, le transport des nutriments, la dissolution et l'élimination des déchets</i>

Tous ces éléments doivent donc être présents afin d'assurer un fonctionnement du corps qui soit optimal et on comprendra dans quelle mesure le fait d'adopter une alimentation variée et équilibrée permet de bénéficier de tous les éléments constitutifs et essentiels des aliments.

B. L'alimentation contre le cancer

Une alimentation peu variée peut favoriser l'apparition de certains cancers, de même que si elle est trop riche en graisses ou trop pauvre en fruits et légumes. En effet, ces derniers sont le garant d'une bonne santé comme le montre un constat fait en Grande-Bretagne où les filles nées après la guerre ont bénéficié d'un régime alimentaire plus riche en fibres et en vitamines qui entraîne une diminution de la fréquence d'apparition du cancer du sein. En outre, dans les pays industrialisés, 30% des cancers sont dûs à des déséquilibres alimentaires.

De plus, une étude du docteur E. Riboli montre que la consommation régulière de 350 grammes de fruits et de 350 grammes de légumes par jour diminue de 30% le risque d'avoir un cancer de la bouche, de l'estomac, du colon, du poumon ou de l'oesophage, car les légumes sont des aliments riches en oligo-éléments, en vitamines et en sels minéraux.

La culture influence également ces statistiques : dans le Nord, la consommation de corps gras solides (beurre, margarine, saindoux) favorise ces cancers alors que dans le Sud, on préfère cuisiner à l'huile d'olive ce qui est beaucoup plus sain pour la santé. De plus on consomme, dans le Nord, trop de graisses en général, dans les produits laitiers, la charcuterie, le porc et le bœuf, les frites, la mayonnaise, les flamiches et tourtes. De plus, nous consommons beaucoup de viennoiseries ainsi que des produits de fast-foods, sans parler de la bière.

En quoi une bonne alimentation favorise une bonne santé ?

Le fait de consommer des fibres, par exemple, accélère le transit intestinal, ce qui diminue le temps de contact avec les éléments cancérigènes et donc diminue la probabilité d'avoir un cancer du côlon.

L'obésité provoque des modifications hormonales qui peuvent favoriser les cancers du sein ou de la prostate.

Certains nutriments ont la particularité de pouvoir activer les défenses immunitaires contre les cellules cancéreuses comme le zinc, le sélénium ou les vitamines (C et E).

D'autres facteurs influencent également : les antioxydants protègent du cancer, de même que les anti-protéases (haricots verts et blancs), les caroténoïdes (carottes, choux, brocolis), les vitamines, les poly phénols (vin, thé, agrumes).

2.4 LA PREVENTION

Il s'agit de l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. Il existe plusieurs sortes de préventions : *la prévention primaire* vise à la diminution du risque d'apparition de cas nouveaux ; *la prévention secondaire*, la diminution du nombre de maladies (dépistage, traitements) ; *la prévention tertiaire*, la diminution des invalidités et récidives ; et *la prévention quaternaire* qui consiste en l'accompagnement à la mort.

Différents modèles interviennent dans cette prévention : (nous ne ferons que les citer pour développer plus particulièrement celui qui nous intéresse) le modèle des croyances relatives à la santé ; théorie de l'action raisonnée ; théorie des comportements interpersonnels ; théorie du comportement planifié ; théorie des comportements à problème ; théorie de l'apprentissage social ; théorie de l'immunisation sociale ou cognitive ; théorie bio-psychosociale ; modèle de l'environnement social ; modèle développemental ; théorie de la prévention situationnelle et enfin la théorie sociale cognitive de Bandura. Selon lui, les comportements liés à la santé dépendent directement de l'environnement social : ils sont le résultat d'apprentissages sociaux. Le sujet dont on veut que les comportements évoluent doit comprendre en quoi ce comportement lui est dommageable et pourquoi le fait d'en changer lui sera bénéfique.

Le sujet qui nous intéresse ici est donc de trouver le moyen de prévenir les cancers. C'est également la priorité des acteurs du programme challenge.

Le programme CHALLENGE

Il est inclus dans le Programme Régional de Santé qui s'articule autour de 5 axes : les maladies cardio-vasculaires, la santé des jeunes, la précarité, les conduites à risque et les cancers ; ce dernier étant intitulé Programme Challenge.

Ces programmes visent à réduire la mortalité prématurée, améliorer les conditions de vie, réduire les inégalités et faire évoluer les mentalités.

Ils touchent toutes les populations qu'elles soient indemnes de facteurs de risque, exposées aux déterminants, dépistées ou soignées.

Ils concernent les régions du littoral, de l'Artois, de la métropole et du Hainaut ; les maladies qui touchent les poumons, les V.A.D.S., les seins, l'appareil digestif, ces maladies pouvant être liées à l'alcool, au tabac, aux déséquilibres alimentaires, à des conditions socio-économiques défavorables.

Nous avons ciblé notre étude sur les axes suivants : les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les femmes des ouvriers de la Française de Mécanique dans le bassin d'emploi de l'Artois et les déséquilibres alimentaires comme facteur de risque.

La Française de Mécanique emploie 4674 personnes. Elle participe au programme par le concours d'une association nommée "Arc-en-ciel" : créée en 1996, elle réalise des actions de prévention des cancers. On constate déjà l'impact de l'action engagée contre le tabagisme et elle se lance dans une réflexion sur la restauration en entreprise : plus de variété dans les sandwiches, introduction de fruits et de légumes, le thème étant "un fruit et un légume par jour, c'est facile!".

Pour sensibiliser non seulement les ouvriers, mais également leurs familles, l'équipe de prévention "arc-en-ciel" a réalisé un calendrier (inspiré de celui de la Ligue Contre le Cancer) qui représente pour chaque mois, une photo de fruit ou de légume.

Ce support graphique susciterait une envie de consommation. Il s'intitule le "calendrier sain et sympa" et s'accompagne d'une invitation à un concours de recettes (le prix du gagnant étant un séjour gastronomique).

2.5 LES REPRESENTATIONS SOCIALES

Cette action est basée sur les représentations de l'équipe de prévention et celles du public visé en ce qui concerne l'alimentation. Il s'agit de la manière de penser, d'interpréter notre réalité quotidienne. Cette activité mentale est directement liée à notre environnement : les situations, objets, modes de communication, codes, valeurs et contexte culturel sont autant d'éléments qui entrent dans la construction de cette connaissance de sens commun (D.Jodelet).

A. Contenu

Cet ensemble d'éléments est fédéré par un système cognitif en trois dimensions:

- un ensemble d'informations sur un objet de représentation;
- une attitude générale envers l'objet;
- un champ de représentation (organisation des informations).

Ces éléments sont dynamiques et fonctionnent à travers deux processus :

- *L'objectivation* : rend concret ce qui est abstrait. C'est la sélection d'informations compréhensibles. Elle s'effectue en deux étapes : un tri des informations en fonction de la culture, du système de valeurs ; la formation d'un noyau figuratif qui associe une image au contexte.
- *L'ancrage* : que constitue l'enracinement social de la représentation. C'est l'intégration de la nouveauté, son interprétation et l'orientation des conduites et rapprochements sociaux.

B. Organisation interne des représentations

- *Le noyau* : c'est une structure mentale qui organise les éléments de la représentation et leur donne du sens.

C'est également une structure génératrice qui permet la création ou la transformation des autres éléments constitutifs de la représentation.

- *Le système périphérique* : défend le système central contre l'environnement externe ; régule les désaccords entre représentations internes et externes ; concrétise, rend compréhensibles pour les individus les éléments de la représentation qui rendent compte d'une situation donnée.

3. REALISATION DE LA RECHERCHE

A présent, c'est de la recherche dont il est question. Dans le cadre de la maîtrise de sciences de l'éducation du CUEEP de LILLE 1, l'investigation s'inscrit dans une initiative de l'entreprise (la Française de Mécanique) relative à la santé et plus particulièrement en ce qui concerne l'alimentation comme prévention des cancers.

3.1 GENERALITES

La question qui nous préoccupait au départ de la recherche concernait l'impact de l'outil de prévention (le calendrier sain et sympa) : nous supposons un décalage entre l'impact présumé et l'impact réel de cet outil.

Nous avons donc affiné cette question pour définir quatre axes de travail:

A. Les axes de recherche

- Les représentations de la santé sont différentes selon qu'il s'agit de l'équipe de prévention Arc-en-ciel ou du public visé (les femmes d'ouvriers).
- Les représentations concernant l'équilibre alimentaire sont différentes pour les deux catégories de personnes citées ci-dessus.
- Les connaissances de l'équipe de prévention relatives aux habitudes alimentaires du public visé sont limitées à l'idée qu'ils se font de la culture locale.
- Les espérances de l'équipe de prévention vis-à-vis du calendrier sain et sympa sont différentes de l'accueil réel de celui-ci par le public.

Nous avons travaillé avec les femmes des ouvriers puisqu'elles sont responsables, selon nous, de l'équilibre alimentaire de la maison. Nous avons également collaboré avec l'équipe de prévention qui a réalisé le calendrier sain et sympa.

B. Les outils méthodologiques

Pour réaliser cette étude nous avons le choix entre différents outils de recueil de données.

- Le questionnaire propose des questions à une population donnée : le recueil est standardisé, avec des questions ouvertes, fermées ou à éventail de réponses. Mais il est d'une forme trop impersonnelle pour parler de représentations qui touchent de près les personnes

interrogées, pour aborder un sujet qui entre directement dans leur intimité. De plus les personnes interrogées éprouvent parfois des difficultés avec cette forme d'expression (difficultés avec l'écriture, parfois même illettrisme).

- L'analyse documentaire repose sur des supports variables comme la presse, les archives, la documentation écrite. Elle offre des données contextualisées mais le sujet qui nous intéresse ne se trouve pas dans cette documentation puisqu'il concerne un outil qui vient d'être créé.
- L'approche monographique est une investigation composite de plusieurs méthodologies, or l'étude en question n'exige pas un tel degré de finesse dans l'analyse puisqu'il s'agit de comparer des représentations.
- L'association libre permet au sujet d'associer des mots ou idées à un mot inducteur. Elle initialise la discussion en dirigeant les réponses des sujets vers la représentation qui nous intéresse : la santé.
- D'autres techniques utilisent des outils figuratifs comme les planches inductrices mais nous avons préféré utiliser la technique de l'entretien.
- Pour les représentations qui nous intéressent, nous avons opté pour un type d'entretien semi-directif pour éviter une perte d'information importante : les données dont nous avons besoin ne sont pas forcément évoquées spontanément. De plus cette méthode permet d'aborder un certain nombre de thèmes qui sont ainsi uniformisés

L'entretien est réalisé sur la base d'une grille d'entretien (annexe 1) et les relances possibles sont également déterminées en fonction de l'information que l'on cherche à recueillir. Ces données permettent la comparaison des deux ensembles de représentations : celles de l'équipe Arc-en-ciel et celles des femmes des ouvriers.

3.2 RESULTATS

Pour traiter les entretiens, nous avons réalisé une grille d'analyse pour chacun des groupes interrogés (annexe 2). Elles permettent de décomposer ces entretiens et d'en extraire les données nécessaires à notre étude.

A. Premier axe : les représentations de la santé

Nous avons également utilisé une classification des représentations de la santé réalisée par C.Herzlich : elle nous a permis de répondre à notre première interrogation relative à la différence entre les représentations de la santé.

Nous avons utilisé cette classification pour réaliser le tableau suivant : en ligne figurent les différentes formes de représentation de la santé ; en colonnes nous

avons les femmes des ouvriers (lignes 1 à 9) et deux personnes de l'équipe Arc-en-ciel (lignes A et B)

	Santé comme vide	Santé comme réservoir	Santé comme équilibre	Santé fitness	Santé comme release
1	✓				
2	✓				
3		✓			
4	✓BE				✓BE
5	✓				
6	✓		✓		
7			✓		
8	✓				✓BE
9	✓				✓BE
A	✓				
B	✓				

Tableau 1 : Représentations profanes de la santé
Céline CREMERS (septembre 2001)

*BE : Bien Etre (dimension psychologique de la santé)

B. Commentaires¹⁹³

Nous pouvons voir dans ce tableau que la majorité des femmes interrogées considèrent leur santé comme vide : elle définit un état de manière négative par l'absence de maladie : "*La santé ? C'est vaste ! La santé pour moi c'est prévoir les maladies, c'est aussi maintenir son corps en bon état*". Pour certaines (2 femmes) cette conception est complétée par la notion de santé comme équilibre : c'est l'ensemble des expériences individuelles, corporelles et psychosociales qui s'expriment. La personne perçoit ou non un équilibre : "*... parce que quand tu n'as pas le moral, le physique ne suit pas et si tu n'as pas la santé physique, si tu ne donnes pas un coup de main à être un peu plus dynamique, tu n'as pas le moral non plus!*". Pour une femme, elle est complétée par la notion de santé comme réservoir. Nous disposons d'un "capital santé" qui peut s'accroître ou s'amenuiser au fil des jours selon le mode de vie de la personne.

¹⁹³ Les commentaires seront illustrés par des propos d'interviewées (texte en italique)

Ces représentations sont en adéquation avec celles du personnel de prévention. Pour cette équipe le public visé considère que tant qu'il n'est pas malade, il est en bonne santé. La perception du corps ne se fait que dans des situations de douleur ou de maladie.

Cependant, pour aborder cette représentation dans son ensemble, nous avons complété ces définitions subjectives par deux autres thèmes : le bien être et le lien entre santé physique et santé mentale.

Le bien être donne une dimension psychologique au thème de la santé : Pour près de la moitié d'entre-elles, c'est se sentir bien. De plus le fait de prendre soin de soi participe à l'élaboration de ce bien-être : "*...par exemple, pour une femme, le fait de se maquiller, elle va se sentir bien, se sentir plus jolie. C'est prendre soin de soi*".

Pour trois d'entre elles, le bien-être se définit dans le concept de mouvement : c'est pouvoir bouger : "*pour être bien il faut sortir et ça va mieux, prendre l'air, voyager, connaître des gens*". Les femmes qui expriment cette idée sont celles pour lesquelles la santé évoque surtout des maladies, comme si elles essayaient de pallier des troubles importants par cette activité de mouvement (faire son jardin, sortir, voyager).

En outre, nous voyons également apparaître une dimension sociale dans la définition du bien-être selon deux des femmes interrogées : l'importance de la famille, de voir du monde.

En ce qui concerne le lien entre la santé physique et la santé morale, toutes l'ont perçu et exprimé : certaines expriment des symptômes physiologiques qui traduisent un état psychologique défaillant (crampes d'estomac, impression de poids, maladies) : "*..oui, moi je suis fort stressée, j'ai des angoisses...le moral fait beaucoup, surtout que je n'en ai pas beaucoup. Comme je suis anxieuse, je fais de la tachycardie*". De plus, elles soulignent leur interdépendance et leur influence mutuelle : "*...dans les deux sens à mon avis, parce que si on prend soin de soi en faisant, par exemple une activité sportive, on va forcément se sentir bien dans sa peau et donc ça a des répercussions sur la santé*".

Nous pouvons donc dire en résumé que la majorité des femmes perçoivent leur santé comme vide ; deux d'entre-elles ont une vision qui se partage entre la santé comme vide et soit la santé comme équilibre, soit la santé comme release. Une seule perçoit la santé comme réservoir et une comme équilibre.

Nous avons réalisé un schéma général qui précise la définition subjective de la santé par celle du bien-être et le lien entre la santé physique et la santé morale.

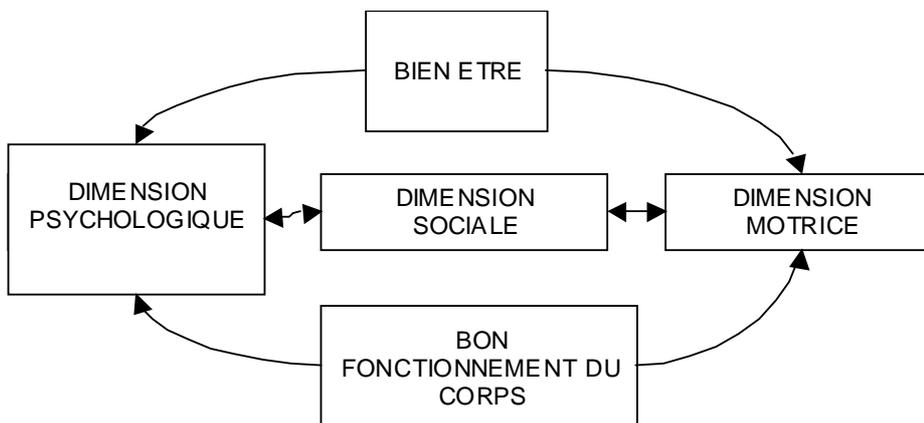


Schéma 1 : Définition subjective de la santé, Céline CREMERS

C. Deuxième axe : les représentations de l'équilibre alimentaire

En ce qui concerne le lien entre la santé et l'alimentation, sept personnes sur neuf l'expriment. Elles ont conscience qu'une mauvaise alimentation peut provoquer des problèmes de santé tant au niveau des abus que des carences : "celui qui fait trop d'abus comme les fast-food, c'est l'obésité. Manger c'est tout un art, c'est tout un ensemble en fait". De plus, c'est l'alimentation qui soutient le bon fonctionnement du corps.

La notion d'équilibre alimentaire est relative à la consommation des fruits et légumes. En outre, la variété des apports est un gage de bonne santé. Cette variété apporte des vitamines et se réalise par la présence au repas d'un légume, une viande et un féculent "l'équilibre c'est ce que j'ai appris à l'école tout bonnement : c'est manger de façon équilibrée, manger des aliments de chaque groupe pour chaque repas». Ainsi on trouve des aliments de chaque groupe au cours de la journée.

Elles expriment également une notion de moment : manger à des heures régulières et faire trois ou quatre repas par jour (petit-déjeuner, déjeuner, goûter et souper) : "c'est manger correctement à des heures régulières, mais c'est pas toujours évident quand on est hôtesse de caisse". Elles ont donc une idée très précise de ce qu'il faut faire ou ne pas faire en matière d'équilibre et globalement elles appliquent leurs principes au quotidien contrairement à l'idée que se fait l'équipe arc-en-ciel.

Celle-ci pense que la notion d'équilibre ne leur est pas familière et qu'elles n'ont pas d'informations sur le sujet. Ceci tend à montrer un décalage entre les représentations de l'équipe de prévention et les représentations du public visé.

Globalement, on peut dire que les femmes des ouvriers ont une idée précise de l'équilibre alimentaire même si elle ne correspond pas forcément à celle de l'équipe de prévention.

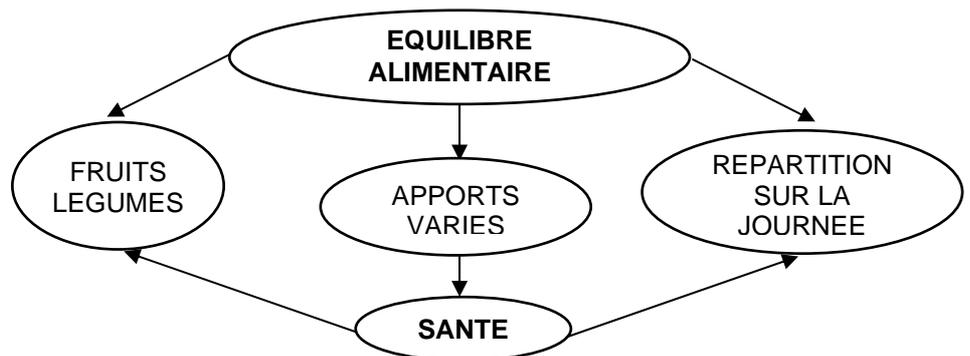


Schéma 2 : Les représentations de l'équilibre alimentaire, Céline CREMERS

Nous avons également voulu faire le point sur les différentes difficultés qu'elles peuvent rencontrer, qui sont susceptibles de freiner une alimentation saine et équilibrée. Selon l'équipe de prévention, ces difficultés sont d'ordre économique : en effet la consommation quotidienne de fruits et de légumes représente un coût trop élevé pour ces familles.

Cependant, ce problème ne se pose pas pour toutes les personnes interrogées : seules trois personnes ont exprimé ces difficultés financières : *"moi je mange beaucoup de légumes maintenant. Mon fils est parti il y a cinq mois, et quand il était là il voulait toujours manger des frites et des œufs mais bon maintenant on est plus qu'à deux alors je peux faire des légumes"*.

En outre nous avons constaté qu'elles ont perdu confiance en certains aliments comme le bœuf, les produits transgéniques. Elles se tournent donc vers les produits biologiques ou se fournissent en légumes dans les fermes qui leur inspirent plus de confiance.

D. Troisième axe : les habitudes alimentaires

Le troisième axe concerne les habitudes du public visé du point de vue de leurs origines, de leur éducation, de la valeur qu'elles donnent au repas ainsi que des circonstances dans lesquelles ils sont pris.

Nous pensions trouver un effet des origines culturelles et locales, sachant que dans la région Nord Pas de Calais, nous trouvons des familles d'origine polonaise et maghrébine. Cependant cette question est sans objet puisque toutes les femmes interrogées sont d'origine française.

En outre, sept d'entre elles expriment une influence de leur éducation dans leur manière de cuisiner : *"j'ai beaucoup appris avec ma mère mais aussi avec mon père qui cuisinait beaucoup. Même quand ils viennent encore maintenant, ils vont voir si on fait comme eux :tiens remets un peu de ça, toujours un petit conseil. Même moi de toute façon quand j'ai envie de quelque chose, ou s'il y a quelque chose que je ne sais pas faire, j'appelle ma mère"*. Les deux autres ont appris avec le mari ou par le biais de formation scolaire : *"J'ai un CAP d'arts*

ménagers, c'est là que j'ai appris à cuisiner". Globalement, sur ce point, l'équipe de promotion de santé a vu juste.

Nous avons constaté que beaucoup consultent des livres de recettes : il y a donc une évolution possible et d'ailleurs ceci se confirme dans l'analyse des recettes reçues en réponse au concours (cité plus haut). Les traditions familiales ne sont donc pas la seule source d'information.

Souvent les menus sont composés au jour le jour et selon les envies de la famille : rares sont celles qui programment à l'avance les repas de plusieurs jours. Souvent le dimanche offre l'occasion de proposer un menu plus élaboré, spécial car elles ont simplement plus le temps de s'en soucier.

Le repas revêt, pour 7 femmes sur 9, une importance particulière : il fait émerger un ensemble de sentiments positifs comme le plaisir d'être ensemble (8/9 mangent en famille), plaisir de partager, de manger, de se retrouver autour de la table, bref tous les éléments qui confèrent au repas sa convivialité.

L'équipe de prévention a très bien perçu cette importance du repas notamment dans le fait que même si le temps de pause du midi est court (55mn), les ouvriers préfèrent rentrer chez eux que de manger au self de l'entreprise. Les représentations sont donc congruentes.

Néanmoins, pour deux d'entre elles ce repas n'a qu'une valeur nutritive : elles attachent plus d'importance à la notion de qualité qu'à une valeur plus sociale, de ce qui se passe autour du repas.

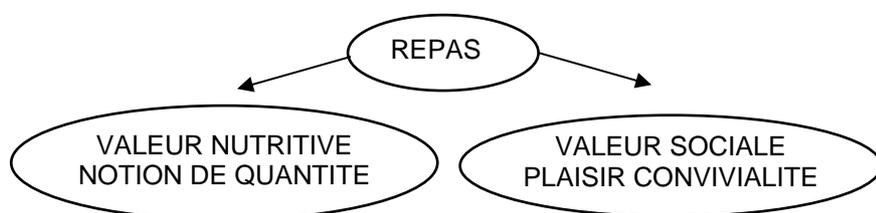


Schéma 3 : La valeur donnée au repas, Céline CREMERS

E. Quatrième axe : la réalisation du calendrier sain et sympa.

L'équipe de prévention n'a pas réalisé de bilan des comportements alimentaires mais s'est basé sur un constat : l'existence de conduites à risque (l'alimentation est trop riche en graisses notamment la consommation de frites régulière et plusieurs fois par semaine) ; la sédentarité (la télévision étant l'activité la plus courante de ces personnes) ; ainsi que l'obésité (phénomène qui s'observe pour les ouvriers mais pas pour les cadres).

Les espérances de l'équipe Arc-en-ciel à propos de l'impact de ce calendrier portent sur :

- *susciter l'envie de manger des fruits et légumes* : dans l'ensemble cet objectif est atteint car la majorité des femmes ont exprimé cette envie, ou du moins l'idée que le calendrier stimule l'innovation, la création de nouvelles recettes et la préparation de repas qui sortent de l'ordinaire.

- *donner une information* : au dos du calendrier, il y a un mot de la Ligue contre le Cancer qui rappelle les bienfaits des fruits et légumes. Cependant cet objectif n'est pas atteint car personne n'a lu ce mot.
- *amorcer un dialogue* : le calendrier était un prétexte pour amorcer une réflexion autour du thème de l'équilibre alimentaire.

Nous avons proposé une réunion à ces femmes au cours de laquelle elles pourraient échanger leurs pratiques et recevoir une information concernant le cancer et les bienfaits des fruits et légumes par rapport à celui-ci : dans la majorité des cas, elles ont accueilli cette réunion de manière positive et y ont participé de bon gré. Elles nous ont même demandé de réitérer cette proposition car l'échange était important, agréable et instructif. L'objectif est donc atteint.

Le calendrier en lui-même suscite beaucoup de satisfaction puisque toutes nous ont fait part de son aspect agréable, elles le trouvent beau. Il est d'ailleurs souvent accroché. Globalement elles ne formulent pas de critiques hors mis le fait que c'est un calendrier parmi tant d'autres, qu'il est un peu inutile.

Selon l'équipe de prévention, les connaissances de ces femmes sur les cancers sont minimales : c'est vrai dans la plupart des cas (6/9), cependant elles sont en demande de cette information (d'où la participation massive à la réunion).

Ce désir d'en parler a pourtant été perçu par l'équipe de prévention.

Nous pouvons donc dire globalement que même si les représentations ne sont pas toujours communes entre les personnes concernées et l'équipe Arc-en-ciel, le calendrier sain et sympa impulse un dialogue avec les familles : c'est en cela que l'on peut dire qu'il a un réel impact. Au delà des habitudes alimentaires et des effets culturels quand au mode d'alimentation, le calendrier a servi de prétexte pour établir un contact entre les familles et l'équipe de prévention. Il apparaît à posteriori que les questions relatives à l'équilibre alimentaire et à la prévention des cancers appellent moins à une transmission de savoirs et d'informations d'experts qu'au partage de pratiques alimentaires de personnes considérées comme semblables. Encore faut-il que ceux-ci soient organisés et que les propositions des participantes soient reconnues comme susceptibles d'améliorer l'équilibre alimentaire.

ANNEXE 1 :
GUIDE D'ENTRETIEN

PUBLIC

IDENTITE

PRENOM
SEXE
ÂGE
ORIGINE

SANTE

PHYSIQUE
MORALE
BIEN ETRE
CANCERS

HABITUDES ALIMENTAIRES

ORIGINES
EDUCATION
VALEUR DU REPAS
MISE EN PRATIQUE

CALENDRIER

ACCUEIL
IMPACT
CRITIQUES
PREVENTION

EQUILIBRE ALIMENTAIRE

NOTIONS
APPLICATIONS
DIFFICULTES

EQUIPE

IDENTITE

PRENOM
SEXE
AGE
PROFESSION

SANTE

PHYSIQUE
MORALE
BIEN ETRE
CANCERS

HABITUDES ALIMENTAIRES

ORIGINES
EDUCATION
VALEUR DU REPAS
MISE EN PRATIQUE

CALENDRIER

BILAN
REALISATION
OBJECTIFS
PUBLIC
DEROULEMENT

EQUILIBRE ALIMENTAIRE

NOTIONS
APPLICATIONS
DIFFICULTES

ANNEXE 2a :

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS DU PERSONNEL DE SANTE

intitulé des thèmes et sous thèmes

1^{er} thème : IDENTIFICATION

- 1.1 Caractéristiques identitaires : sexe, âge, prénom
- 1.2 Caractéristiques socio-professionnelles : métier
- 1.3 Caractéristiques culturelles : origine

2^{ème} sous-thème : LES REPRESENTATIONS DU PUBLIC

- 2.1 Représentations du public par rapport à la santé
- 2.2 Représentations du public par rapport aux cancers
- 2.3 Représentations du public par rapport à l'équilibre alimentaire
- 2.4 Représentations du public par rapport à la valeur donnée aux repas

3^{ème} thème : CONNAISSANCE DU PUBLIC

- 3.1 Du point de vue de leur niveau de vie, catégorie socio-professionnelle, conditions socio-économiques
- 3.2 Du point de vue de leur zone de résidence
- 3.3 Du point de vue des facteurs génétiques
- 3.4 Du point de vue de leurs habitudes alimentaires, de leur culture

4^{ème} thème : REALISATION DE L'OUTIL DE PREVENTION

- 4.1 éalisation d'un bilan des comportements
- 4.2 Réalisation du calendrier
- 4.3 Objectifs, espérances

ANNEXE 2b

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS DU PUBLIC : intitulé des thèmes et sous-thèmes

1^{er} thème : IDENTIFICATION

- 1.1 Caractéristiques identitaires : sexe, âge, prénom
- 1.2 Caractéristiques socio-professionnelles : métier
- 1.3 Caractéristiques culturelles : origine

2^{ème} thème : REPRESENTATIONS DE LA SANTE

- 2.1 La santé : définition subjective
- 2.2 Perception du lien santé physique-santé morale
- 2.3 Bien-être : définition subjective

3^{ème} thème : REPRESENTATIONS DE L'ALIMENTATION

- 3.1 Expression du lien santé-alimentation
- 3.2 Equilibre alimentaire : définition subjective
- 3.3 Mise en pratique
- 3.4 Difficultés

4^{ème} thème : HABITUDES ALIMENTAIRES

- 4.1 Modalités d'établissement du menu
- 4.2 Modalités de prise des repas
- 4.3 Valeur donnée au repas
- 4.4 Expression de l'influence de l'éducation

5^{ème} thème : CALENDRIER / PREVENTION

- 5.1 Accueil du calendrier
- 5.2 Impact (bénéfices)
- 5.3 Expression de critiques
- 5.4 Connaissances sur les cancers
- 5.5 Prévention

LA PREVENTION PAR L'APPRENTISSAGE

par Sandrine COTTET

1. INTRODUCTION

En matière de santé publique, la prévention revêt des enjeux tout à fait centraux puisqu'il s'agit de réduire les inégalités sociales et d'éviter chaque année des milliers de morts prématurées, dues pour la plupart à des habitudes de vie néfastes pour la santé.

Il semble difficile de stabiliser voire réduire les écarts importants de santé qui existent encore entre les différentes couches de la population.

La prévention est une alternative intéressante dans la mesure où elle s'adresse à des individus bien portants pour leur indiquer en quoi certains de leurs comportements ou de leurs habitudes de vie peuvent se révéler à risque pour leur santé.

Les moyens qu'elle utilise, éducation à la santé et promotion de la santé, sont en effet tout à fait intéressants pour développer dans la population une véritable culture de santé, basée non plus sur les interdits culpabilisants et le respect des normes, mais sur l'autonomie personnelle et la prise en charge individuelle des problèmes de santé.

Le programme régional de santé a lancé une campagne de prévention contre le cancer appelée "challenge". L'association "Arc-en-Ciel", avec l'aide du programme régional de santé, mène des actions de prévention contre le cancer dans le but d'informer et de sensibiliser les salariés (et leur famille) de la Française de Mécanique sur ces risques et ainsi d'induire des changements de comportements. Le but est d'aborder directement la prévention de certains cancers en entreprise.

Au travers d'un outil de prévention, l'association "Arc-en-Ciel" a voulu sensibiliser les familles aux vertus des fruits et des légumes contre le cancer.

Nous nous sommes intéressés à cette idée et nous souhaitons voir si cette prévention pouvait se faire au travers d'un apprentissage autour d'une réflexion de groupe.

Pour cela, il nous était indispensable de définir concepts et théories afin de pouvoir comprendre tous les processus autour de la santé, l'alimentation, du cancer et de la prévention.

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Afin d'appréhender les divers aspects de cet apprentissage de groupe, il nous fallait adopter une méthode de recueil adéquat à la situation. Pour cela nous avons choisi d'opter pour un entretien semi-directif aidé d'un questionnaire. A partir de notre question de départ et de nos hypothèses de travail, nous avons choisi au mieux nos outils de recherche.

2.1 Question de départ à l'origine de la recherche

Après avoir pris connaissance de la fiche projet KP9 du Programme Régionale de Santé qui a pour nom : "Aborder directement la prévention de certains cancers en entreprise", nous avons cherché à mieux connaître les premières actions menées par "Arc-en-ciel".

Aussi, lors d'un rendez-vous avec le docteur Dubois, responsable du projet et médecin du travail à la FM, et Madame Dissaux, assistante sociale à la FM, nous avons pu connaître le contexte du projet, les objectifs et le descriptif de l'action.

Quatre axes de travail sont actuellement en place à la FM : nutrition – alimentation ; risques alcool – tabac ; risques professionnels ; prévention des cancers féminins.

Aussi, dans le cadre de l'alimentation, un calendrier a été mis en place par les responsables de la prévention à la FM.

Ce calendrier a été distribué vers le 15 décembre 2000 dans les familles des personnes travaillant à la FM.

Le "slogan" de ce calendrier est : "5 fruits et légumes par jour, c'est facile !".

Ce calendrier est un outil de prévention qui permet de sensibiliser les familles aux vertus des fruits et des légumes contre le cancer.

A la suite de cet envoi, un concours de recettes, en lien avec le calendrier, a été réalisé afin de réaliser un suivi de ce dernier.

Le but du calendrier était de connaître le ressenti de la population par rapport à l'alimentation.

Désormais, il fallait évaluer l'impact de cet outil de prévention.

De là, vient l'idée de Céline Crémers, étudiante en Sciences de l'éducation, de comparer le décalage entre les représentations du personnel de santé et celles du public.

Après avoir mesuré l'impact du calendrier au travers d'entretiens, nous avons noté une forte demande d'informations de la part du public interrogé. Ainsi, le meilleur moyen d'approfondir le travail était de réaliser des réunions d'informations avec les mères de familles interrogées. Le but de ces réunions était de modifier le comportement alimentaire des femmes des salariés. Il est supposé que ce sont les femmes qui décident à la maison de ce que l'on mange (et nous avons vérifié que c'est le cas en réalité). Nous avons pensé ensuite que ce serait le groupe qui pourrait avoir une quelconque influence sur les comportements et que ce serait donc la confrontation avec les pairs qui pourrait provoquer un changement dans les habitudes alimentaires.

De cette hypothèse découle nos hypothèses de travail exposées ci dessous.

2.2 Hypothèses de travail

A. La question de départ

Après avoir réalisé que certaines femmes interrogées pour le premier travail seraient intéressées par des informations sur les vertus des fruits et des légumes contre le cancer, nous décidions de réaliser une réunion d'information. Au cours de cette réunion, nous avons demandé aux personnes présentes de nous proposer quelques recettes qui leur semblaient diététiques et saines pour la santé en fonction de ce qu'elles pouvaient trouver dans le calendrier. Suite aux diverses propositions, nous avons demandé de critiquer, s'il y avait lieu, ces recettes. Le but était de confronter leur point de vue afin de modifier leurs habitudes alimentaires et d'apprendre des autres de nouvelles idées, de nouveaux concepts sur l'alimentation. Il n'était pas question de leur donner des informations comme dans un cours magistral, mais bien d'apprendre des autres et de mettre en application leurs nouveaux savoirs.

Théoriquement, la question de départ de toute recherche doit être précise, concise et claire.

Ayant choisi d'axer notre étude sur les bénéfices d'une réflexion de groupe, notre question de départ est de savoir si la réflexion du groupe autour du calendrier permet d'acquérir de nouvelles notions relatives à l'équilibre alimentaire.

Nous espérons qu'à la suite de l'analyse des entretiens une orientation positive sera donnée à cette question.

B. Les hypothèses de la recherche

Il s'agit donc pour notre étude d'appréhender les notions relatives à l'équilibre alimentaire que les femmes des salariés interrogées auront acquis au cours de la réunion et de vérifier les hypothèses générales suivantes qui ont découlé de la réunion d'information.

Notre première hypothèse est que lors de la réflexion de groupe, il y a une acquisition de notions relatives à l'équilibre alimentaire et à la diététique.

Notre seconde hypothèse est que le groupe permet cet apprentissage : dans la mesure où elles ont des habitudes, une culture alimentaire, elles ne cherchent pas à innover, à se documenter, à cuisiner d'une autre façon. Par contre, grâce au groupe ces personnes vont découvrir d'autres habitudes, d'autres cultures qui leur sembleront intéressantes et qui leur permettront de remettre en question leurs habitudes et leurs comportements alimentaires.

Enfin, notre dernière hypothèse est qu'il y a une mise en application des apprentissages acquis lors de la réflexion de groupe. En effet, nous espérons que ces femmes réinvestiront les nouvelles notions qu'elles auront pu découvrir pendant la réunion sur l'équilibre alimentaire.

2.3 Population interrogée

Pour des questions de pratique et d'emploi du temps impliquant le public visé, nous avons dû réaliser deux réunions de 6 et 4 personnes.

Pour réaliser notre étude, nous avons demandé aux responsables de cette action à la FM de nous procurer les noms des personnes que nous pourrions interroger et inviter aux réunions. Malheureusement, seulement 9 noms nous ont été procurés et 2 de ces personnes ne pouvaient se rendre aux réunions (pour cause de maladie). Aussi, nous avons trouvé par nous même des personnes qui travaillent à la FM dans notre entourage.

Pour réaliser nos entretiens et nos réunions d'informations, nous nous sommes adressés aux femmes des ouvriers postés de la Française de Mécanique.

2.4 Outils de la recherche¹⁹⁴

A. Les différents outils

Quelques apports fondamentaux en matière d'étude des représentations sociales.

Travailler sur une représentation, c'est : "[...] observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par des individus de notre société, étudier comment s'élabore, se structure, logiquement et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux." ¹⁹⁵

C'est aussi examiner comment les représentations engendrent attitudes et comportements à partir de savoirs, d'informations qui circulent à propos de leurs objets. Il s'agit là de se placer au point de rencontre des productions et images individuelles et des normes et valeurs sociales.

Mais comment procéder concrètement pour étudier une représentation sociale ?

Si les représentations sociales sont avant tout symboliques, la question est de savoir comment y accéder. Pour cela, les sciences humaines disposent de tout un arsenal d'outils, chacun comportant avantages et limites (pour une meilleure connaissance de ces différents outils, voir par exemple : Ghiglione et Matalon, 1991 ; Cuibert et Jumel, 1997 ; Quivy et Campenhoudt, 1988, etc.).

L'unité méthodologique d'étude des représentations est floue mais ouverte, et cible tout ce qui peut éclairer le fonctionnement du groupe, la nature des liens qui s'y manifestent et qui rattachent la communauté à un passé plus ou moins lointain dont certains éléments imprègnent encore pratiques et représentations. Cependant, les modes de recueil des données sont clairement délimités.

¹⁹⁴ C. Bonardi et N. Roussiau, Les représentations sociales, Paris, Ed. Dunod, 1999, pp. 33-40.

¹⁹⁵ C. Herzlich, Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, Paris, Éd. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1969, pp.13-14.

L'entretien

Il s'agit d'une technique aussi intéressante que complexe pour aborder les représentations. Les modalités d'entretien les plus courantes sont :

- l'entretien non directif, dans lequel l'interviewer se borne le plus souvent à énoncer un thème de départ puis à faciliter le discours de la personne interrogée ;
- et l'entretien semi-directif cadré par un certain nombre de thèmes.

L'entretien, outil considéré comme une technique de recueil de données, et de plus en plus utilisé dans les sciences psychologiques et sociales depuis une cinquantaine d'années.

En tant que dispositif d'enquête et objet exemplaire de recherche, il permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (BLANCHET, 1991).

Selon HYMES en 1968, il s'inscrit dans le vaste ensemble des comportements verbaux.

La pratique de l'entretien valorise dans les phénomènes psychologiques étudiés les représentations -mises en discours- du sujet et ses savoirs subjectifs (BLANCHET, 1991).

Il est défini non seulement par LEPLAY en 1862, KINSEY en 1948 mais aussi BERTAUX en 1978 comme un mode d'accès efficace aux représentations et opinions individuelles.

Quant à l'enquêteur, son rôle essentiel est de préserver l'anonymat et il se doit de respecter certains impératifs.

En ce sens, il se doit d'adopter une attitude d'écoute.

De plus, il doit se centrer sur ce qui est vécu par le sujet et non pas sur les faits qu'il évoque.

Par ailleurs, le respect du sujet et la manifestation d'une considération réelle à son égard doivent être de mise.

En fait, c'est la situation même de déroulement de l'entretien qui est délicate, car s'établit une relation complexe entre interviewer et interviewé, laquelle tient compte également du contexte de l'échange (le lieu, les objectifs perçus par l'interviewé, l'apparence de l'interviewer, etc.). Dans l'entretien, il y a mise en relation de deux personnes, mais l'échange d'informations est finalisé : l'interviewer sollicite de l'interviewé des savoirs mais ne participe pas à leur élaboration (il ne donne pas son avis, ne dévoile pas ses conceptions personnelles, etc.). L'entretien nécessite une formation appropriée de l'interviewer afin que l'accès aux informations soit optimal, c'est-à-dire que l'information émane du seul interviewé sans participation active de l'interviewer.

Notre recueil des données s'est effectué à partir d'entretiens semi-directifs.

Cette technique vise la mise au point d'une image floue : les représentations subjectives de l'interviewé relatives à une expérience vécue.

L'entretien semi-directif représente une part importante des entretiens effectués en psychologie sociale (BLANCHET et al., 1985).

Nous avons pris le parti de cette méthode, car elle permet d'approfondir un thème, d'obtenir des informations sur divers sous-thèmes.

Ce type d'entretien est donc approprié pour approfondir un domaine donné ou vérifier l'évolution d'un domaine déjà connu (GHIGLIONE et MATALON, 1977).

L'enquête du chercheur débute par une consigne très large, claire, concise et non directive qui pourra être suivie de questions de relance sur des points qui ne sont pas apparus spontanément dans le discours de l'interviewé et qui nous intéressent.

Ces questions de relance auront été regroupées par le chercheur dans le cadre d'un guide d'entretien qui ne sera utilisé que si le sujet oublie une partie de celui-ci.

En résumé, nous pouvons décrire la méthode d'entretien semi-directif comme un entretien entre deux personnes, un interviewé et un interviewer, conduit et enregistré par l'interviewer.

Selon QUIVY et VAN CAMPENHOUDT en 1988, il est le plus utilisé en recherches sociales.

Ce qui le caractérise, c'est qu'il ne soit ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises.

Généralement le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue.

Autant que possible, il "laissera venir" l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient.

Le chercheur recentrera l'entretien sur les objectifs et posera les questions si l'interviewé n'y pense pas (le plus naturellement possible).

Le questionnaire

Le questionnaire est un outil d'analyse privilégié dans l'étude des représentations sociales. On propose à une population donnée (militaires, infirmières, étudiants, etc...) plusieurs questions sur un objet donné (politique, Europe, sida, etc.). Le recueil des données est standardisé, puisque les questions sont les mêmes pour tous les sujets. On construit un questionnaire à partir d'une pré-enquête, c'est-à-dire la plupart du temps d'entretiens avec un échantillon de population, de manière à recueillir les éléments d'informations que possède cette population. Mais on peut également utiliser dans la pré-enquête des documents écrits. À partir de ces informations, on délimite en général des thèmes, qui sont eux-mêmes subdivisés en questions.

Dans le cadre du travail, nous avons utilisé un petit questionnaire afin de mieux connaître les habitudes alimentaires des personnes et de savoir comment elles se représentent l'alimentation dans la vie quotidienne. Nous avons donc utilisé le questionnaire à éventails de réponses, pensant qu'il serait plus adéquat dans cette situation et qu'ainsi la méthode soit moins rébarbative pour le sujet.

3. L'APPRENTISSAGE PAR LE GROUPE¹⁹⁶

Dans le but de mieux comprendre le déroulement d'une réunion de groupe et ses effets, nous allons évoquer quelques thèmes en fonction des hypothèses de travail.

La première hypothèse évoquait la possibilité d'une acquisition de notions relatives à l'équilibre alimentaire, lors d'une réflexion de groupe. Pour expliquer cela, nous allons donner la définition de la notion de norme. Mais avant cela, il est indispensable de s'expliquer sur le terme groupe employé dans l'hypothèse de travail.

La deuxième hypothèse donnait les habitudes et les cultures alimentaires comme déterminants de la façon de s'alimenter. Du fait de notre culture alimentaire, nous ne cherchons pas à innover, à nous documenter, à cuisiner d'une autre façon.

Cependant, nous émettons l'hypothèse que le fait de proposer un mode d'apprentissage par le groupe favorise de nouvelles acquisitions susceptibles de compléter, voire modifier cette manière de s'alimenter.

Un apprentissage est l'ensemble des modifications de l'activité psychologique découlant de l'influence plus ou moins répétée de l'environnement et permettant une meilleure adaptation à celui-ci.

Pour comprendre mieux le but de la recherche, il est nécessaire de parler de Kurt Lewin, la dynamique des groupes et de son expérience sur le comportement alimentaire.

Cette expérience, repose sur un conflit socio-cognitif dont nous allons donner les conditions d'émergence.

De plus, il nous faut définir les attitudes et les changements des attitudes et spécifier les attitudes qui déterminent les comportements.

Il nous paraît aussi nécessaire de parler de la théorie de la comparaison sociale. En effet, nous sommes amenés à penser que lors d'une réflexion de groupe, les personnes présentes seront forcées de comparer leurs comportements avec celui de ses pairs.

Enfin, la troisième hypothèse, évoque une mise en application des apprentissages lors de la réflexion de groupe.

Ainsi, nous pouvons penser que s'il y a eu conflit socio-cognitif au sein du groupe, il y aura alors sur les sujets des effets de dissonance cognitive.

En effet, la théorie de la dissonance cognitive permet d'expliquer la relation entre d'une part les conduites d'un individu et d'autre part les savoirs, les opinions, les croyances, ses valeurs, ses représentations.

¹⁹⁶Manuel de psychologie sociale, A. Cerclé, A. Somat, ED. Dunod.

3.1 La théorie des groupes

On peut dire que nous faisons tous partie de groupes : nous avons une identité sociale. Mais il existe une pluralité de groupes. Or, les critères pour cerner cette notion de groupe sont variés et vont montrer un grand nombre de significations différentes.

La psychologie sociale des groupes cherche à mettre en évidence les effets réciproques entre les dynamiques personnelles et collectives. Si les groupes façonnent et socialisent les individus (en imprimant mode de faire et de penser), les groupes sont faits par ces individus.

Les études sur les groupes ne sont valables que si les groupes déterminent ainsi nos conditions sociales. Il nous arrive aussi de transformer nos conditions d'existence.

Cette théorie se développa au début des années 60.

3.2 Définitions de la notion de norme

La norme selon Newcomb

Newcomb (1943, 1963) a montré que des étudiantes ayant des idées conservatrices changeaient de norme au contact d'une minorité progressiste du collège, représentée par les condisciples les plus anciennes et la plupart des professeurs. 25 ans plus tard, les étudiantes devenues progressistes le demeurèrent. Newcomb a analysé les résultats obtenus à partir de la désirabilité sociale des idées progressistes, véhiculées dans le collège par des groupes de référence. La notion de désirabilité sociale est ici mise en avant comme catalyseur de l'adhésion normative.

Tout se passe comme si les opinions progressistes étaient associées à un certain prestige. Ce sont les enseignants et les étudiantes les plus actives du collège qui défendent ces idées. Cela conduit les jeunes étudiantes à changer de cadre de référence, c'est-à-dire à abandonner les idées défendues dans leur famille pour adopter celles (plus prestigieuses, en tout cas dans le cadre du collège) de leurs professeurs. Nous voyons apparaître ici l'idée de modèle et, par voie de conséquence, l'idée de valeur. De même, les groupes de référence d'une organisation introduisent l'idée selon laquelle l'exercice du pouvoir ne serait pas étranger à l'adhésion comportementale à une norme sociale.

Une norme est une règle de comportements ou de jugements évaluatifs, partagée et acceptée par un collectif d'individus en interaction, prescrivant le respect d'une valeur moyenne ou centrale autour de laquelle une certaine latitude peut être envisagée. Cette règle, qui suppose l'attribution d'une valeur de la part du collectif, à défaut d'une intériorisation pour chacun des membres, entraîne une régularité comportementale à laquelle est associée une certaine prédictibilité.

Les caractéristiques de la notion de norme

Les différents travaux présentés jusqu'à présent permettent de définir la notion de norme à partir des quelques caractéristiques suivantes :

- Elle concerne un ensemble donné d'événements (par exemple la production d'explications causales);
- L'acquisition de la norme est soumise à un mécanisme d'influence sociale (conformité, négociation, consensus dans un cas, et apprentissage social ou transmission normative dans l'autre cas);
- La norme est partagée et respectée par un collectif spécifié d'individus (groupe restreint/large, groupe social voire type de sociétés : les libéraux, Beauvois, 1994);
- La norme permet l'attribution et le repérage d'une valeur : le comportement normatif est requis, au risque pour le contrevenant de subir un rejet social (exclusion du groupe/marginalisation).

On peut donc définir le concept de norme en ces termes :

Une norme est une règle comportementale ou de jugement, partagée par un collectif spécifié ou spécifiable d'individus, dont l'acquisition est soumise à un processus d'influence sociale. L'existence d'une norme implique l'attribution d'une valeur reconnue par le collectif.

Cette définition, si elle insiste sur les mécanismes d'acquisition et de valorisation de l'événement normatif, manque cependant à dégager les traits distinctifs de cette notion par rapport à des termes qui lui sont, au moins dans le langage commun, trop souvent associés. En effet, lorsque l'on se reporte à la définition proposée par un dictionnaire général de langue française (*Le Petit Robert*, édition de 1970), cette notion ne semble pas se différencier de celle de canon, d'idéal, de loi, de modèle, de principe ou de règle.

Nous allons comparer ces quelques notions afin d'appréhender ce qu'elles ont de spécifique et ce qu'elles partagent.

Une loi est "une prescription établie par l'autorité souveraine de l'Etat, applicable à tous, et définissant les droits et les devoirs de chacun" (*Le Petit Larousse en couleurs*, édition de 1991). Si chaque individu face à la loi possède des droits et des devoirs, c'est parce qu'elle est "garantie par un appareil répressif (justice, police...) et [que sa] non-observance fait l'objet de sanctions sociales organisées explicites : peines, amendes..." (Dubois, 1994, p. 22). Les lois ont donc pour rationalité la protection des individus et des institutions et se situent, en conséquence, sur le pôle de la contrainte comme les règles et les règlements néanmoins plus proches de la notion de conduite ("principe de conduite" selon le même dictionnaire).

On peut, en effet, retenir que les règles et les règlements correspondent à ce qui est imposé ou adopté comme ligne directrice de conduite. En s'éloignant du pôle de la contrainte explicite et institutionnalisée, on se rapproche des notions d'usages, de coutumes et d'habitudes sociales, notions que certains (plus

particulièrement les sociologues, cf. notamment les travaux de Durkheim, in *Les règles de la méthode sociologique*, 1927) ne différencient pas de celle de norme sociale. Comme le fait justement remarquer Dubois, 1994), nous croyons néanmoins que "s'il y a des usages qui peuvent être des normes, tous les usages ne sont pas des normes. Certains ne donnent pas lieu à une attribution manifeste de valeur" (p. 23), comme par exemple boire son café dans une tasse plutôt que dans un verre. On le voit, il n'y a pas à ce sujet d'attribution manifeste de valeur puisqu'il est même des contrées où il est d'usage de faire l'inverse.

Dernière notion importante, souvent assimilée à celle de norme, la notion de modèle. Loin du pôle de la contrainte explicite, le modèle exprime l'idée de valeur. On peut le comparer à l'exemplaire le plus spécifique d'une catégorie dont les qualités ou les caractéristiques en font le meilleur représentant du groupe dont il est issu. Proches des normes, les modèles donnent un aperçu de l'idée de ce que doit être un objet. Tout enseignant sait ce que doit être un bon élève, tout mari une bonne épouse, tout enfant une bonne mère de famille, tout employeur un bon cadre. C'est ainsi, comme le soutient Dubois (1994), que "les modèles peuvent servir de référence à l'exercice d'un rôle" (p. 24).

Lois, règles, règlements, usages, coutumes, habitudes sociales, modèles et normes sont, nous l'avons dit, souvent employés comme synonymes. Néanmoins, ces notions n'ont pas la même utilité : contraindre pour les lois, les règles et les règlements; référencer les pratiques quotidiennes pour les usages, les coutumes et les habitudes sociales ; définir un ensemble de pratiques désirables (ayant de la valeur) pour l'opposer à un autre plutôt indésirable (sans la moindre valeur) pour les modèles et les normes. Au-delà de tout critère de vérité, c'est donc bien la notion de valeur qui fait la spécificité du concept de norme et qui le place au sein d'une notion que Beauvois (1994) appelle "l'acceptabilité sociale". Il ne sera pas de notre propos de développer cette conception.

Le conformisme

Rappelons que si la norme n'existe pas et que l'on étudie sa mise en place, cela revient à étudier les processus de normalisation. Mais lorsque la norme existe, en observer ses effets revient à étudier les mécanismes du conformisme. On peut définir la conformité comme la modification du comportement et/ou de l'attitude d'un individu pour le ou les mettre en harmonie avec le comportement et/ou l'attitude d'une majorité constituée par un groupe. Il y a conformisme dès lors qu'un individu accepte le système de comportement qu'une norme dominante privilégie et impose implicitement. C'est Solomon Asch qui, de 1951 à 1956, va effectuer la démonstration expérimentale de cette notion en pointant les facteurs susceptibles de conduire les individus à céder à la pression d'un groupe qui formule de toute évidence un jugement erroné.

L'effet Asch (1951)

La procédure expérimentale

Le paradigme expérimental élaboré par Asch est sans doute l'un des plus célèbres et l'un des moins contestés de l'histoire de la psychologie sociale expérimentale. Souhaitant mettre à l'épreuve l'idée simple selon laquelle une majorité peut dans certaines circonstances avoir de l'influence sur une minorité, il a formulé l'hypothèse suivante : un individu est susceptible de faire sien un jugement qu'il sait contraire au bon sens, et cela, sans que quiconque n'ait à délivrer le moindre renforcement positif ou négatif (récompense ou punition).

Le paradigme était basé sur le principe suivant :

- Un seul individu naïf (considéré comme tel parce qu'il n'était pas au courant du déroulement de la procédure expérimentale) était opposé à un groupe de plusieurs sujets compères de l'expérimentateur (considérés comme tels parce que chacun tenait le rôle qui lui avait été assigné pour les besoins de la procédure) de statut identique au sien qui soutenaient une réponse à la fois incorrecte et opposée à la réponse du sujet expérimental.
- La situation ne présentait aucune ambiguïté : tous les sujets étaient sans aucune difficulté capables de fournir la réponse exacte à la question posée.
- Le sujet naïf devait répondre après avoir pris connaissance de la quasi-totalité des réponses des sujets du groupe (compères de l'expérimentateur).
- Les réponses étaient données oralement en présence de l'ensemble des membres du groupe.
- La situation se déroulait **sans pression explicite**; le sujet était totalement libre de ses réponses et de ses comportements.

Les résultats obtenus

Parmi les sujets du groupe contrôle, qui n'étaient pas soumis à l'influence de compères, seuls deux sujets sur trente-sept montraient une ou deux erreurs sur les dix-huit évaluations. Ce premier résultat, important pour comparer au suivant, permettait de montrer qu'il s'agissait bien d'une tâche sans ambiguïté pour laquelle les erreurs sont inexistantes ou marginales.

Parmi les sujets naïfs, contraints sous l'influence d'une majorité consistante à fournir des réponses erronées, le pourcentage d'erreurs était de 36,8 %. Ce pourcentage d'erreurs est évidemment significativement plus élevé que celui du groupe contrôle, même s'il existe d'importantes différences entre les sujets (sur 123 sujets, 29 ne font aucune erreur et 39 font plus de 50 % d'erreurs). Nous sommes là en présence de résultats incroyables que les chercheurs de l'époque n'ont pas manqué de souhaiter décortiquer en envisageant, dès cette première expérimentation, les facteurs susceptibles d'avoir une quelconque influence sur ce processus de conformité.

3.3 Kurt Lewin et la dynamique des groupes

Pour Lewin (1951), le comportement (C) est fonction à la fois des caractéristiques de la personne (P) et des caractéristiques de l'environnement (E). On ne peut dissocier les deux. Par exemple, au niveau de l'étude du changement, Lewin s'efforcera de dépasser le dilemme qui veut que l'on explique le changement tantôt par les seules motivations individuelles, tantôt par la seule action du milieu sur un individu passif. D'où la formule : $C = f(P, E)$. L'ensemble (P, E) constitue la "situation" et notre comportement (C) est fonction de ce champ défini "ici et maintenant".

Ainsi, vous êtes une seule et même personne et, pourtant, vous ne vous conduisez pas de façon identique dans un groupe de travaux dirigés ou dans une soirée entre amis. La structure de l'environnement physique ou social dépend des désirs et des besoins de la personne, tandis que le contenu de l'environnement met la personne dans un certain état d'esprit. Par exemple, un enfant apeuré confondra dans son environnement physique la silhouette des arbres avec celles d'animaux menaçants, alors que c'est le fait d'être situé au cœur d'une forêt dense et sombre qui génère précisément son sentiment d'inquiétude. Ce rapport de réciprocité dynamique crée la situation dont le comportement est une fonction (probablement la fuite dans l'exemple précédent). La totalité des facteurs (individuels, de groupe, d'environnement) qui entrent en jeu à un moment donné détermine "l'espace de vie".

Dans cette perspective, le groupe est conçu comme une "totalité dynamique" et "l'interdépendance est l'essence du social : l'essence d'un groupe n'est pas dans la similitude de ses membres mais dans leur interdépendance" (Lewin, 1948, p. 84). Cette totalité dynamique groupale possède des propriétés spéciales, distinctes des propriétés des sous-groupes ou des membres individuels qui la composent. C'est aussi une réalité évolutive : "la vie de groupe n'est jamais sans changer" (Lewin, 1947, p. 245). Toutefois, le groupe n'évolue pas dans le vide : il est inclus dans un champ social aux propriétés dynamiques. Il est donc toujours en interaction avec un entourage défini (tel milieu physique, social, culturel, etc.). Ces environnements constituent "l'assise écologique" du groupe où "une certaine distribution de forces détermine le comportement d'un objet possédant des propriétés définies" (Faucheux, 1959).p. 19). "Ce n'est qu'en considérant les groupes en question dans leur assise effective, que l'on peut être sûr de n'avoir négligé aucune des conduites essentielles possibles" (Lewin, 1948, p. 246).

La célèbre étude de Lewin, concernant, le changement des habitudes alimentaires des ménagères américaines durant la dernière guerre, ne doit pas être interprétée au seul niveau intra groupe. En effet, Lewin (1943, 1947) a pris bien soin de définir "l'écologie psychologique" des groupes de ménagères sur lesquels il est intervenu.

Il a préalablement étudié la "flexibilité" des habitudes alimentaires en demandant aux sujets de dire ce qu'elles substitueraient à tel ou tel aliment considéré comme essentiel. À cette occasion, il a noté que les groupes à bas revenus opéraient des substitutions plus dissemblables que les groupes à haut revenu. Ces derniers restant dans les mêmes catégories nutritionnelles (des fruits pour des légumes, des œufs pour de la viande, etc.). De même, a-t-il

considéré la disponibilité des aliments et les "canaux" par lesquels ils transitent (en temps de guerre, le jardinage et la mise en conserve dominant). Les sujets expérimentaux (les ménagères américaines) ont eux-mêmes été choisis en fonction de leur rôle spécifique de "portiers" par rapport au circuit qui mène la nourriture de la source de distribution à la bouche du consommateur.

Le changement des habitudes alimentaires

Pendant la Seconde Guerre mondiale, en période de pénurie de viande, Lewin est sollicité par le ministère américain de l'Agriculture, afin de monter une campagne de communication pour changer les habitudes alimentaires des Américains et les amener à consommer des abats de bœuf (cœur, rognons, etc.). Lewin met au point deux conditions expérimentales. La première condition est relative à une conférence classique au cours de laquelle une diététicienne s'adresse à son auditoire en apportant d'emblée des informations, ainsi que des conseils d'expert. Dans la seconde condition relative à une situation de groupe spécifique, les ménagères sont invitées à discuter des problèmes que posent "à des ménagères comme elles" ces changements alimentaires. Les conseils d'expert (techniques culinaires, recettes, etc.) sont fournis au groupe après que celui-ci s'est suffisamment impliqué dans les aspects concrets du changement d'habitude. À la fin de la rencontre, les ménagères sont invitées à lever la main pour indiquer si elles sont disposées à cuisiner dans la semaine qui suit l'une des recettes proposées par la spécialiste.

D'après les vérifications effectuées par la suite, seulement 3 % des ménagères en situation de conférence ont cuisiné les recettes qui leur ont été présentées, alors que 32 % des femmes en situation de groupe ont mis sur la table un plat composé selon les nouvelles techniques d'accommodement des abats de bœuf. Lewin (1943) insistera sur le rôle facilitateur du groupe quant à l'implication des sujets et sur l'atmosphère non contraignante expérimentée au sein d'un groupe paritaire. Cette dernière condition permet de "*ne pas entraver la liberté de décision*" des sujets et favorise l'acceptation de conduites jusque-là considérées comme déviantes ou marginales (comme par exemple la consommation des abats). En fait, l'expérience de Lewin réunit plusieurs facteurs tels que la discussion de groupe, l'engagement public, la prise de décision en vue d'une action future et la perception du consensus de groupe. Selon les expériences ultérieurement réalisées (Peltz, 1958), les deux derniers facteurs suffiraient à reproduire les écarts de comportements relevés par Lewin. Moscovici et Doise (1992, p. 62) soulignent toutefois le "*pouvoir de la discussion qui dégèle les vieilles attitudes et habitudes, et prépare un consensus sur de nouvelles*". Ils ajoutent : "*Lorsque la décision est prise en public, elle a un effet indubitable sur l'action. Et le consensus détermine l'attitude envers l'action. Les participants s'y rallient d'autant mieux que le consensus perçu entre eux est plus complet*". L'adoption d'une conduite nouvelle est donc facilitée par la perception d'un consensus réel et l'obligation de loyauté vis-à-vis des autres qui en découle. Chacun d'entre nous a pu expérimenter le faible pouvoir d'engagement qui résulte des consensus "mous" et des accords obtenus en l'absence de vote ou de serment. Pour Moscovici et Doise (1992, p. 65), le groupe "*mobilise les possibilités intellectuelles et affectives de chacun de ses membres en les faisant participer à une action*

collective, non pour accroître sa cohésion, mais pour leur permettre de franchir ensemble la barrière des normes devant laquelle, seuls, ils reculent". Le groupe apparaît ainsi comme un agent du changement individuel et social.

La théorie des systèmes

Cette théorie, aujourd'hui largement répandue dans les sciences, utilise les concepts d'entrée, de sortie, de feed-back, de sous-système et de communication. Le groupe comme système reçoit des informations de l'environnement, traite ces informations à travers la communication interne et émet vers l'extérieur les résultats de ce traitement. La réponse des membres du groupe au feed-back de l'environnement sert à réguler le fonctionnement du groupe et à le faire avancer vers ses objectifs. La communication est ici entendue comme "*un système ouvert d'interactions*" (Marc et Picard, 1989). Ce système obéit aux principes de totalité, de causalité circulaire et de régulation. Selon le principe de totalité, on admet que le tout est autre chose que la somme des parties.

Illustrons ce principe par l'observation que le rassemblement d'individus peut être à l'origine de caractères nouveaux tels que l'extrémisme dans la prise de risque ou la "paresse sociale" face à une tâche. Autant de phénomènes qui ne sont pas observés chez les individus pris isolément. Le principe de causalité circulaire signifie que le comportement de chacun fait partie d'un ensemble d'implications mutuelles, d'actions et de rétroactions; rétroactions positives qui visent à accentuer un processus (faire monter la tension) ou rétroactions négatives qui visent à diminuer le processus (faire baisser la tension). La régulation indique que toute communication obéit à des règles, des normes ; ces règles normatives tendent à privilégier l'équilibre, le *statu quo*, alors que d'autres forces poussent à l'innovation et à la dérégulation. Ces conceptions donnent une place de choix au pouvoir "d'auto-organisation" des systèmes complexes. En valorisant le rôle du désordre dans l'organisation du vivant (Prigogine et Stengers, 1979), la pensée systémique permet de concevoir l'émergence de nouvelles qualités de groupe qui ne sont pas explicitement inscrites dans le passé de celui-ci. Ce point de vue va renouveler les études sur la déviance et le conflit intra groupe en leur accordant non un pouvoir systématiquement destructeur mais, au contraire, une fonction structurante et innovatrice (Moscovici, 1979 ; Paicheler, 1985).

3.4 Les conditions d'émergence du conflit socio-cognitif

Il faut un certain nombre d'éléments pour que le conflit (interaction) soit possible :

- pour qu'un changement arrive, il faut que les divers membres du groupe soient de niveaux différents ou de points de vue différents (plus ils sont proches, moins le changement est possible)
- il faut que l'un des participants adopte une attitude critique
- il faut que l'un des participants se présente comme modèle (si ce modèle est constitué par quelqu'un de plus capable que l'observateur, celui-ci reconnaît que ce que fait le modèle est juste, même s'il n'est pas capable de trouver la réponse)
- dans cette interaction, le modèle le plus capable progresse souvent autant que l'observateur moins capable (le modèle est obligé de justifier son action, rationaliser, expliquer, prendre du recul, prendre conscience, mais il ne faut pas que les niveaux soient trop différents)
- un modèle n'a pas toujours besoin d'être correct : les mauvais modèles font aussi progresser, si les points de vue sont différents de celui de l'observateur (décentration = autre point de vue), il dirige l'attention de l'observateur vers une autre chose que ce qu'il avait à l'esprit
- une certaine qualité d'interactions sociales est nécessaire, à savoir : la recherche de solutions, d'un accord et l'établissement d'un cadre de référence commun.
- mais il ne faut pas esquiver la confrontation ; par ex : en divisant la tâche en sous tâches où chacun travaille isolément.
- certains pré-requis sont nécessaires dans ce type d'interaction, surtout des pré-requis sociaux : savoir communiquer avec autrui de façon efficace, mais aussi disposer de pré-requis cognitifs pour comprendre la tâche
- dans l'apprentissage d'une notion ou d'une habileté, les phases de conflit sont à bien programmer :
 - appropriation des pré-requis (individuelle)
 - période d'interaction (collective)
 - intégration personnelle (individuel)

Le conflit socio-cognitif est intéressant quand on a déjà un point de vue.

Il est à éviter les relations de domination car alors aucun des participants ne progresse; quand on impose son point de vue, il n'y a pas de décentration possible

Le conflit socio-cognitif n'est pas de la compétition, mais de la coopération et de la co-élaboration à travers des points de vue différents qui s'ajustent progressivement.

Il est intéressant de connaître les conditions d'émergence d'un conflit socio-cognitif afin de pouvoir comprendre par la suite les attitudes et comportements des sujets face à une situation. Dans le paragraphe qui suit, nous allons donner une définition du concept d'attitude afin de pouvoir comprendre comment, à partir d'attitudes, on peut prédire les comportements.

3.5 Attitudes et changement des attitudes

Entre 1910 et 1920, deux sociologues Thomas et Znaniecki allaient fournir un programme de recherches à la psychologie sociale. Ces deux sociologues étaient issus du courant de l'interactionnisme symbolique.

Thomas et Znaniecki proposèrent de distinguer les valeurs des attitudes. Les valeurs leur apparaissaient comme *"les aspects culturels essentiels et objectifs de la vie sociale"*, tandis que les attitudes leur semblaient relatives *"aux aspects subjectifs propres aux individus"* (Feertchak, 1996). Ils dissocièrent l'un et l'autre concept pour les définir de la façon suivante :

- *"par valeur sociale, nous entendons n'importe quelle donnée ayant un contenu empirique accessible aux membres d'un groupe social et une signification qui en fait, ou pourrait en faire, un objet d'activité"* (1918) ;
- *"par attitude, nous entendons un processus de la conscience individuelle qui détermine l'activité réelle ou possible de l'individu dans le monde social"*.

Allport (1935) va insister sur l'idée selon laquelle l'attitude est *"un état psychique et nerveux de préparation, organisé par l'expérience, exerçant une influence directrice ou dynamique sur les réponses de l'individu à tous les objets et situations avec lesquelles il est en rapport"*. Autrement dit, il s'agit d'une variable qui fonctionne comme une préparation à l'action à l'égard d'un objet donné.

PREDICTION DES COMPORTEMENTS A PARTIR DES ATTITUDES

Le paradoxe des attitudes

Les définitions diverses du concept d'attitude ont toutes en commun une même implication : elles insistent sur l'idée que la connaissance de l'attitude d'un individu devrait permettre d'en déduire les comportements qu'il émettra dans une situation donnée lorsqu'il sera confronté à l'objet d'attitude en question. C'est d'ailleurs sur cette idée que reposent les fameux sondages d'opinions. En 1934, Lapiere a publié des résultats qui illustrent l'absence de lien entre l'attitude affichée par les gens et le comportement qu'ils émettent. Autrement dit, il n'y a pas de lien entre ce que les gens disent et ce qu'ils font.

Validité des attitudes dans la prédiction des comportements

Pour comprendre cette absence de prédictibilité du concept d'attitude sur le comportement, les chercheurs se sont tournés à l'instar de Fishbein et Ajzen, vers le décalage entre la mesure de comportements spécifiques et celle d'attitudes générales. Ces auteurs ont montré, par exemple, que dans la plupart des études, les chercheurs tentaient de prédire des comportements spécifiques (très précis) à partir de la simple connaissance d'attitudes générales. Ces auteurs considèrent, en effet, qu'un comportement ponctuel et spécifique est un faible indicateur de l'attitude générale; celle-ci ne pourrait correspondre qu'à une classe de comportements. Ils ont alors proposé la construction d'indices

comportementaux généraux susceptibles d'être révélateur des attitudes générales possédées par les individus. C'est effectivement ce qui fût observé dans une recherche de Fishbein et Ajzen (1974), puisque la mise en correspondance du degré de généralité entre les attitudes et les comportements allait permettre de parler de corrélation entre l'une et l'autre. L'attitude, pour être prédictive du comportement, devait donc être mesurée à des niveaux correspondants de spécificité. Poursuivant leur analyse, Fishbein et Ajzen (1975, 1980; Ajzen et Fishbein, 1977) allaient proposer un modèle plus complexe qui soutenait l'idée selon laquelle l'intention d'effectuer ou non un comportement est considérée comme le "déterminant immédiat" de ce comportement; l'intention étant elle-même déterminée par deux éléments importants : l'attitude vis-à-vis du comportement et la norme subjective. Ainsi l'attitude ne représente un élément annonciateur d'un comportement que dans la mesure où elle influe sur l'intention de façon directe. La norme subjective, second déterminant de l'intention, reflète la perception, par l'individu, des pressions sociales les plus saillantes telles que celles des parents, des amis, ou de toute personne relevant du groupe de référence de l'individu quant à la réalisation ou non d'un comportement. À leur tour, l'attitude et les normes sont constituées de deux ensembles de croyances.

Spécificité des attitudes qui déterminent des comportements

Quelles sont les propriétés cognitives de l'attitude qui possèdent une influence sur l'émission de comportements futurs? Telle est la question que se sont posée les chercheurs qui aujourd'hui essayent encore de comprendre les liens entre attitude et comportement. Dans l'étude d'une attitude, cinq facteurs au moins (qui ne s'excluent pas mutuellement) apparaissent comme déterminants du comportement subséquent :

- la stabilité temporelle d'une attitude (Schwartz, 1978; Davidson et Jaccard, 1979) ;
- la certitude associée à une attitude (Sample et Warland, 1973; Warland et Sample, 1973) ;
- la consistance entre les niveaux affectif (j'aime/je n'aime pas) et cognitif (connaissance des implications) de l'attitude (Norman, 1975) ;
- l'expérience directe des comportements découlant d'une attitude (Regan et Fazio, 1977; Fazio et Zanna, 1978) ;
- l'accessibilité en mémoire d'une attitude (Fazio, Chen, McDonnel et Sherman, 1982; Fazio et Williams, 1986).

L'ensemble de ces caractéristiques participe de l'idée selon laquelle plus une attitude sera prégnante, plus sera élevée la probabilité qu'elle produise des comportements qui lui sont consistants.

3.6 La théorie de la comparaison sociale

Cette théorie (Festinger, 1950, 1954) insiste sur le besoin que nous ressentons d'utiliser les autres comme sources de comparaison afin d'évaluer nos propres attitudes et capacités. Ce besoin est d'autant plus fort que nous sommes dans l'incertitude quant au bien-fondé de nos croyances ou de nos opinions. La théorie de la comparaison sociale a donné lieu à de nombreux développements en psychologie sociale, surtout pour ce qui concerne l'auto-évaluation et l'augmentation de l'estime de soi. Sera abordé ici le lien entre la comparaison sociale et l'expérience de la peur. "Le besoin d'évaluation de soi est un facteur important qui contribue à rendre les êtres humains "grégaire". Les gens tendent ainsi à aller vers des groupes qui, selon eux, affichent des opinions qui sont en accord avec les leurs et dont les compétences sont proches des leurs" (Festinger, 1954, p. 136). Afin de montrer le rôle de ce besoin de comparaison et de support social lorsque les sujets sont anxieux, Schachter (1959) a d'abord formulé trois hypothèses :

- quand les opinions, les attitudes ou les croyances des individus sont ébranlées, les sujets ont tendance à rechercher le contact d'autrui;
- des événements ou des situations difficiles à interpréter font naître le besoin de rechercher des informations auprès d'autrui (quête d'informations sociales sur la réalité);
- l'affiliation à autrui doit satisfaire ce besoin.

Dans une première expérience, des jeunes femmes (sujets expérimentaux) étaient averties par un certain Dr Zilstein (compère de l'expérimentateur, ce personnage est vêtu d'une blouse blanche et a tous les attributs du vrai scientifique) qu'elles allaient être soumises à une expérience sur la résistance humaine aux chocs électriques. En faisant varier les consignes et l'environnement physique, deux conditions expérimentales étaient ainsi créées :

- une condition "rassurante" qui créait une faible anxiété (la consigne ; transmise aux sujets expérimentaux n'était pas alarmiste et l'environnement physique était banal) ;
- une condition "inquiétante" qui crée une forte anxiété (la consigne était alarmiste et l'environnement physique était inquiétant : présence d'appareils explicitement "barbares").

On demandait ensuite à chacune des jeunes femmes si elle préférait attendre son tour seule ou avec d'autres sujets.

Toutefois, si cette expérience démontre le rôle d'autrui comme support social face à l'anxiété ("la misère aime la compagnie!"), elle ne nous renseigne pas sur la réalité de la quête d'information supposée par la théorie. La recherche de la présence d'autrui pourrait correspondre au seul besoin d'un environnement humain dont la fonction ne serait pas de communiquer des informations mais de répondre à une exigence de proximité physique. C'est pourquoi une seconde expérience sera menée à un niveau de haute anxiété constant et en faisant varier, cette fois, la disponibilité de l'information. Aux sujets expérimentaux caractérisés par une forte anxiété, on annonçait qu'ils allaient pouvoir attendre leur tour soit en présence de sujets expérimentaux comme

eux, soit en présence d'étudiantes qui attendaient un rendez-vous avec leur professeur, ce rendez-vous n'ayant aucun rapport avec l'expérience.

Ainsi, on constate que le besoin d'autrui ne s'exprime pas de manière indifférenciée en situation d'inquiétude.

Dans cet ordre d'idée, Darley et Aronson (1966) ont offert à des sujets expérimentaux très anxieux le choix d'attendre avec des compagnons à haute ou faible anxiété. La quête de la similitude prévaut puisque les sujets très inquiets choisissaient des sujets au moins aussi anxieux qu'eux. De leur côté, Morris et Worchel (1976) ont mis en évidence une corrélation positive entre le niveau d'anxiété dans un groupe et le nombre d'interactions verbales et non verbales enregistré entre les membres du groupe. Dans leur expérience, quatre à six personnes étaient invitées à attendre ensemble dans une pièce avant de participer à une expérience intitulée "Attitudes sexuelles". L'environnement de la salle d'attente était soit destiné à faire naître la peur (appareillages électriques, etc.), soit inducteur d'anxiété latente (présence de contraceptifs, de brochures sur les MST, etc.), soit "ambigu" (crayon papiers, etc.).

En fait, plus l'inquiétude était vive et clairement ressentie comme telle, plus les échanges verbaux et non verbaux étaient nombreux. Lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de maladies (Dakof et Taylor, 1990) ou de troubles du comportement (Cerclé, 1984, 1994), les attentes vis-à-vis des "autres" varient. C'est ainsi que :

- du médecin ou des "anciens malades", les personnes en difficulté attendent surtout de l'information;
- des membres de leur famille ou de leurs amis, elles espèrent une valorisation de leur estime de soi et un soutien affectif.

L'affiliation répond donc à plusieurs buts mais la théorie de la comparaison sociale met bien en lumière le rôle de l'affiliation comme moyen de "clarification cognitive" face à des situations menaçantes. "Ainsi est-il possible de rendre compte des comportements individuels dans les groupes, de la formation de ces derniers, et du choix des groupes de référence" (Jodelet, 1994, p. 52).

Suite à cette comparaison sociale et donc à l'affiliation dans un groupe, il s'agit désormais de disposer pour l'individu de connaissances qui s'allient correctement ensemble.

Nous allons donc essayer d'expliquer, dans le prochain paragraphe, la dissonance cognitive.

3.7 La soumission forcée : la dissonance cognitive

La théorie de la dissonance est une théorie de la consistence cognitive : il s'agit d'une théorie qui met l'accent sur la nécessité pour l'individu de disposer de connaissances consistantes entre elles; autrement dit, la nécessité pour un même individu de disposer de connaissances qui s'accordent bien : qui vont bien ensemble. Parmi toutes les théories de la consistence, l'une d'entre elle va nous préoccuper particulièrement : la théorie de la dissonance. Le thème central de cette théorie tient en trois points essentiels.

Il peut exister entre des éléments de connaissances (que l'on appellera des cognitions) des relations de dissonance ou qui ne s'accordent pas. L'existence de la dissonance engendre des pressions qui tendent à réduire la dissonance; il s'agit d'un état motivationnel. L'exercice de ces pressions se traduit notamment par des comportements, des changements dans la connaissance.

L'implication psychologique selon Festinger (1957)

Pour les théoriciens de la dissonance, une cognition (c'est-à-dire un élément de connaissance, une croyance ou une opinion) en implique psychologiquement une autre. L'implication psychologique permet de caractériser trois types de relations entre deux cognitions :

- -les relations de neutralité : "j'aime les brocolis" et "je trouve que fond de l'air est frais";
- les relations de consonance : "j' aime les kiwis" et "j' achète des kiwis tous les samedis au marché de la place des Lices dans ma bonne ville de Rennes".
- les relations de dissonance : "je déteste les ananas et je suis en train manger une salade de fruits principalement composée de fruits exotiques et plus particulièrement d'ananas".

On le voit, les relations unissant deux cognitions ne peuvent que relever des trois types de liaisons que nous venons de décrire.

Les postulats de base de la théorie

Partant de cette notion d'implication psychologique, Festinger (1957) pose deux postulats pour étayer la théorie de la dissonance.

- **Le premier postulat** : Festinger considère l'état de dissonance comme un état de motivation tout à fait comparable à l'état de motivation décrit par les théoriciens de l'apprentissage. Il compare, en effet, l'état de dissonance à l'état de faim, de soif, de sommeil... S'il s'agit bien d'un état de motivation, il devrait exister une dynamique qui permettra la mise en branle de mécanismes propres à assurer une réduction de la dissonance. Par ailleurs, tout comme il est gratifiant de manger quand on a faim ou de boire lorsqu'on a soif, il est tout aussi gratifiant de réussir à réduire un état de

dissonance. Plusieurs auteurs, comme par exemple Gerard (1967), montrent effectivement la similitude entre l'état de dissonance et les états de motivation classique. En effet, l'état de dissonance entraîne des modifications physiologiques tout à fait comparables à celles observées lorsque l'individu est animé par des motivations primaires comme la faim et la soif.

- **Le second postulat** : il s'agit sans doute du postulat qui a suscité le plus d'expérimentations. L'importance du travail de réduction de la dissonance est proportionnelle à la quantité de dissonance ressentie. Plus la dissonance ressentie est importante, plus la réduction de la dissonance sera importante. Pour réduire la dissonance ressentie, l'individu met en place tous les processus dont il dispose comme, par exemple, changer d'attitude à l'égard de l'objet pour lequel il se trouve en dissonance.

Le taux de dissonance

Ce postulat est très important car il va permettre de faire des prédictions sur le changement d'attitude, prédictions qui reflètent directement le travail de réduction de la dissonance. Par exemple, si vous êtes amené à choisir une orientation dans vos études, et pour peu que vous ayez eu du mal à vous décider (ce qui est une situation de forte dissonance) : tous les éléments positifs de votre choix et tous les éléments négatifs de votre non choix favoriseront la réduction de la dissonance, alors que tous les éléments négatifs de votre choix et tous les éléments positifs de votre non-choix alimenteront votre dissonance, et inhiberont la réduction de la dissonance.

3.8 Dissonance ou apprentissage ?

Les résultats observés dans le cadre de la théorie de la dissonance apparaissent pour le moins contre-intuitifs, puisque ce sont les individus les moins rémunérés qui changent le plus d'attitude à l'égard de l'objet pour lequel ils ont été payés. Si l'on demandait à des sujets naïfs de prédire l'effet d'une faible récompense ou d'une forte récompense (ou l'effet d'une faible menace ou d'une forte menace) sur le changement d'attitude, tout nous porte à croire que leurs prédictions seraient systématiquement inverses à celles que l'on peut obtenir à l'aide de la théorie de la dissonance cognitive. Il est, en effet, probable que ces sujets ne manqueraient pas de se référer aux théories de l'apprentissage qui, comme Hovland, Janis et Kelley (1953), supposaient qu'un comportement suivi de sanction positive renforce l'attitude qui lui est conforme, alors qu'un comportement suivi d'une sanction négative affaiblit significativement l'attitude subséquente. Ces résultats, qui ne peuvent être remis en cause tant ils sont classiques en psychologie, s'inversent dès lors que l'on se trouve dans le cadre de la théorie de la dissonance.

Nous sommes ainsi confrontés à des résultats contradictoires, ce qui donnerait à la théorie de la dissonance l'occasion de mieux établir ses conditions de fonctionnement.

Pour les théoriciens de l'apprentissage, plus le renforcement est important, plus le changement d'attitude est important. Pour les théoriciens de la dissonance, en revanche, moins le renforcement est important, plus le changement d'attitude est important. Cette apparente contradiction est levée lorsqu'on se réfère aux conditions spécifiques d'obtention d'un effet de dissonance et, plus particulièrement, à celui qui est vraisemblablement le plus important d'entre eux : le sentiment de liberté dans le choix de l'action émise. C'est, en effet, dans ce seul cas, et uniquement dans ce cas, que de tels effets seront mis en évidence. En l'absence de cette liberté, on observera des résultats conformes à ceux que permettent de prédire les théories de l'apprentissage.

4. L'ANALYSE DES DONNEES

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé des entretiens auprès de 9 épouses de salariés de la FM. Suite aux entretiens, nous avons réalisé une grille d'analyse thématique qui reprend tous les thèmes abordés pendant les entretiens.

Pour chaque thème nous avons regroupé toutes les réponses de nos 9 entretiens. Dans ce chapitre, nous allons analyser les réponses en fonction de ces thèmes.

L'analyse de ces thèmes nous permettra de conclure et de discuter, dans le chapitre suivant, des hypothèses que nous avons émises dans le chapitre 6.

4.1 Grille d'analyse thématique

Référence :	Intitulé des Thèmes et sous-thèmes
I	Expression du rapport à l'alimentation et à l'équilibre alimentaire
11	Equilibre d'un menu (composition idéale)
II	Expression du rapport au cancer et aux bienfaits de l'alimentation par rapport au cancer
21	Bienfaits par rapport au cancer
III	Expression du rapport aux habitudes alimentaires
31	<u>Habitudes/culture alimentaire</u>
32	Changement des habitudes
33	Prévisions par rapport à l'avenir : mesure de la motivation à changer ses habitudes
34	Fréquences d'utilisation des légumes et des fruits (hausse ou baisse ?)
35	Feed-back sur le comportement
IV	Expression du rapport aux recherches culinaires
41	Recherche d'innovation
42	Documentation
V	Expression du rapport au groupe
51	Apport du groupe/discussions
52	Articulation de point de vue, Conflit socio-cognitif
VI	Expression du rapport à la satisfaction de la réunion
61	Sentiment de satisfaction par rapport à la réunion
62	Utilisation des recettes
VII	Expression du rapport au sentiment de s'occuper de soi
71	Sentiment (subjectif) de s'occuper de soi

4.2 L'équilibre alimentaire

La majorité des réponses de la population interrogée (sauf E7) nous confirme que ces personnes sont sensibles à l'équilibre alimentaire même si dans leurs dires ce n'est pas toujours le cas : E1 "*Ben c'est pas quelque chose à laquelle je fais vraiment attention, c'est pas que j'me pose pas la question, non c'est pas quelque chose que je calcule.*" ; alors que juste avant elle disait : "*c'est vrai que quand je mange je vais manger des fruits et des légumes, des choses comme ça, j'me dit tiens c'est bien j'mange des légumes ça m'apporte beaucoup plus de choses*".

De la même façon, E5 nous disait "*Non non j'fais pas attention à ça...*" alors qu'elle dit pourtant aussi faire très attention à ce qu'elle mange : "*Sensibilisé oui et non parce que je fais quand même attention. Comme mon mari a eu une très grave intervention chirurgicale,(...), donc lui y a tendance à faire attention au diabète, au cholestérol, moi aux triglycérides tout ça donc je fais très très attention à ce que je mange.*"

Ces personnes sont effectivement sensibles à leur équilibre alimentaire mais on peut établir une contradiction entre ce qu'elles disent et comment réellement elles appliquent l'équilibre alimentaire. On peut espérer que leurs comportements suivent leurs pensées et non leurs paroles.

Pour (E2, E3, E4, E8, E9), l'équilibre fait partie de leur quotidien, par exemple, E8 nous dit : "*c'est quelque chose qui est actif chez moi je pense, je faisais déjà beaucoup attention avant.*"

E6 est en pleine dissonance cognitive, elle nous dit faire attention à ce qu'elle mange, mais ne résiste pas à la tentation : "*Disons que j'essaie de faire attention à ce que je mange euh mais bon quand j'ai envie de manger une grosse assiette de pâte avec des lardons et de la crème fraîche bon, ben, j'me fais une grosse assiette de pâte. Donc c'est sûr que ... mais j'essaie de faire attention quand même je ne vais pas mettre de beurre des choses comme ça. J'évite au maximum quoi !*"

Ou encore : "*Quand j'suis au régime, j'fais diététique. J'fais des légumes à l'eau, de la viande grillée tant qu'affaire pas de matière grasse, des fruits des choses comme ça. Mais bon le reste du temps j'men fou un peu, j'mange ce que j'ai envie de manger quoi.*"

On peut penser que suite à la réunion, elles se sont rendu compte de ce qu'était l'équilibre alimentaire et que c'était important. Le fait d'en avoir parlé pendant la réunion et d'insister en leur posant la question en entretien les a sensibilisées.

4.3 Les bienfaits des fruits et légumes par rapport au cancer

Le lien entre le cancer et les fruits et légumes n'était pas existant avant la réunion pour toutes les personnes interrogées sauf pour E8 "*C'est quelque chose que j'avais déjà vu, euh ... sans doute lors de ma formation, pis dans le milieu hospitalier on en parle quand même assez régulièrement, surtout que je travaille en cardio donc obligatoirement chez les gens qui sont traités pour infarctus et tout, on les passe après ... on leur faire voir une diététicienne qui leur donne des conseils alimentaires et c'est vrai que bon ça c'est une des bases aussi de notre formation, la diététique surtout en cardio c'est important, donc quelque fois on a l'occasion d'en parler avec les patients avant qu'ils voient la diététicienne.*" qui, de par sa formation (aide soignante), avait déjà des notions à ce propos et E6 "*Oui. Tout de façon, je l'avais déjà perçu auparavant parce que j'avais déjà vu dans des magazines, des trucs comme ça, que c'était des antioxydants et que ...*".

Pour les autres personnes, le lien entre cancer et fruits et légumes n'est pas évident par manque d'informations sur ce sujet.

Par exemple, E2 "*Je savais pas que ça pouvait jouer autant au niveau de la santé et des maladies surtout quoi.*" ou encore E9 "*je ne savais pas que les fruits et les légumes pouvaient euh ... comment dire baisser le taux de cancer*".

De ce fait on peut penser qu'à la suite de la réunion d'information sur les bienfaits des fruits et des légumes par rapport au cancer, et des entretiens, il y a ici une acquisition de notions relatives aux bienfaits de l'alimentation par rapport au cancer.

On peut espérer que les informations sur ce sujet les ont non seulement sensibilisées mais aussi que cela les incitera à modifier leurs comportements alimentaires, non pas comme nous dit E7 : "*Je le savais avant, mais j'en mange pas plus*".

4.4 Les habitudes alimentaires

Afin de connaître leurs habitudes alimentaires, il nous a semblé intéressant de poser les questions à l'écrit, par le biais d'un questionnaire, afin de pouvoir vérifier, au cours de l'entretien, leurs dires ; mais aussi de connaître réellement leurs goûts, leurs représentations de l'alimentation, leurs habitudes.

Ainsi, à la question : "**choisissez vos 3 produits préférés parmi les légumes, la viande, les fruits, le poisson, les pâtes ou encore les plats**".

7 personnes sur 9 répondent que le légume est leur produit préféré.

5 pour la viande, 4 pour les fruits, 4 pour les pâtes, 4 pour les plats et 3 pour le poisson.

Les légumes semblent donc se détacher largement des autres produits évoqués.

Pour les deux personnes, E1 et E2, qui n'ont pas choisi le légume, il semblerait qu'elles aient le même type de régime alimentaire, Elles ont choisi toutes deux la viande (même si l'une choisit la viande blanche et l'autre la rouge) et les pâtes.

E1 a une alimentation basée particulièrement sur la viande rouge et les pâtes, les féculents (lasagne, hachis Parmentier).

D'ailleurs, elle maintient sa position lors de l'entretien : "*J'mangeais p't'être un fruit par jour, les légumes c'était 2, 3 fois par semaine pas plus*".

Il semble que cuisiner pour elle seule ne l'intéresse pas mais qu'elle préfère cuisiner pour les autres. Il semble tout de même, que cette personne mange plus de fruits et de légumes qu'auparavant : "*maintenant j'en mange plus qu'avant ça c'est sûr*".

E2, ne semble pas manger beaucoup de fruits et de légumes, mais semble détecter une amélioration, surtout pendant l'été.

Il semble d'ailleurs que dans l'ensemble, il est plus facile de manger des fruits l'été, sans doute grâce à la diversité des fruits pendant cette saison, la tentation est plus grande.

En vérifiant les propos de toutes les autres, il est vrai que ces personnes utilisent assez les fruits et surtout les légumes dans leur alimentation.

A la question : "**parmi ces éléments, lesquels vous semblent le plus en rapport avec l'alimentation : gourmandise, convivialité, se faire à manger, épancher sa faim, passe temps, anti stress. Classez-les**".

En premier, 3 ont répondu : se faire à manger.

En second, 4 ont répondu : la convivialité.

En troisième, 5 ont répondu : la convivialité.

En quatrième, 5 ont répondu : épancher sa faim.

En cinquième, 5 ont répondu : un anti stress.

Enfin, en sixième, 5 ont répondu : un passe temps.

Il semble que l'alimentation est en majorité perçue comme un synonyme de convivialité, de plaisir.

Il semble aussi que manger est parfois synonyme d'anti stress, de passe temps.

On peut remarquer que pour E1 et E2, qui ne mangeaient pas beaucoup de légumes et qui n'appréciaient pas trop de faire la cuisine, les éléments les plus en rapport avec l'alimentation étaient pour toutes les deux, mais pas dans le même ordre, la gourmandise et épancher sa faim. La convivialité n'arrive qu'en 3^{ème} position pour E2 et en 4^{ème} pour E1.

A la question : "**Diriez-vous que lorsque vous mangez, vous appréciez particulièrement les aliments : salé, sucré, amer, doux, glacé, froid, chaud, dur, mou, croustillant ?**".

6 personnes évoquent le salé en premier.

3 personnes évoquent le chaud en second et 5 en troisième.

Le reste des caractéristiques est sans grandes différences.

Il aurait été intéressant, si l'effectif était beaucoup plus important, de proposer des recettes en fonction des caractéristiques énoncées.

A la question : "**Avez-vous l'habitude de prendre votre temps pour manger ?**", 8 personnes sur 9 répondent oui.

La seule personne qui répond non, est E1 qui n'appréciait guère cuisiner.

A la question, "**La journée, vous arrive-t-il de manger en dehors des repas ? Si oui, pourquoi ?**", 6 personnes sur 9 mettaient en cause la faim.

Pour 4 personnes manger en dehors de repas est un passe temps, pour 2 personnes c'est un anti stress, après vérifications ces femmes sont toutes femmes au foyer.

Une femme avoue que c'est par gourmandise (E1), ce qui est tout à fait en accord avec ses réponses.

Pour une seule femme (E8, aide soignante), c'est un acte réfléchi, dans le sens où, il s'agit pour elle d'un vrai repas puisqu'elle nous parle de goûter. On remarquera qu'elle a pris des engagements alimentaires et qu'elle s'y tient.

Enfin, à la question "**pour vous manger est ... ?**", la grande majorité (8 sur 9) répond que c'est un plaisir. Il est important de souligner que nous n'avions pas fait la liaison entre l'alimentation et le plaisir de manger.

C'est une nécessité pour 6 personnes. Et pour 2 personnes, c'est un moment de détente.

Maintenant que nous connaissons un peu mieux les habitudes alimentaires de ces personnes, nous allons pouvoir les comparer avec leurs réponses.

4.5 Le changement des habitudes : motivations, prévisions dans l'avenir

Le but de cette réunion était de changer ou de modifier le comportement alimentaire de ces personnes. Nous voulions surtout savoir si, à la suite, d'une réunion de ce type il serait possible que ces personnes modifient quelque peu leur comportement face à l'alimentation.

Pour cela, nous leur avons demandé si, suite à la réunion et en sachant que les fruits et légumes étaient bénéfiques pour la santé, elles en mangeaient plus.

On peut remarquer que sur l'ensemble des réponses, il y a eu un petit "déclat", une idée sur ce sujet renforcée pour les personnes qui ne connaissait pas les bienfaits : E1 "*Ca m'a fait un p'tit déclat, mais il faut le temps que ça se mette en place dans ma vie, par rapport à ma façon de vivre, à ma vie alimentaire, ma façon de manger tout ça faut que je l'adapte p'tit à p'tit.*",

E2 "*Ben avant j'avais déjà eu un p'tit déclat, fin j'avais déjà fais un p'tit régime tout ça donc j' mettais mise à manger des légumes mais bon c'est vrai que la réunion ça m'a renforcé dans mon idée.*"

E7 "*Maintenant je travaille beaucoup à l'huile d'olive.*

Je fais attention fin j'essaie, ça viendra un p'tit peu à la fois, de varier les menus, de changer, de mettre plus de légumes, la façon de cuisiner. J'essaie d'utiliser les légumes différemment. J'ai changé ma manière de cuisiner.

J'ai changé ma façon de faire.", E9 "*j'ai changé j'en mange beaucoup plus qu'avant !*".

Par contre, la réunion n'a rien changé pour E4. Cette personne est malheureusement tombée très gravement malade le lendemain de la réunion,

elle a passé 3 semaines à l'hôpital, donc il semble naturel qu'elle n'ait pas vraiment gardé de souvenir de celle-ci.

Il semble que c'est suite à des ennuis de santé ou pour un régime que les habitudes alimentaires peuvent être changées.

E9 *"Je pense que lorsque l'on a des problèmes de santé et que notre alimentation est en cause, on se remet en question et on change nos habitudes.*

Pour un régime aussi, on change notre façon de nous alimenter, mais de façon moins radicale que pour des problèmes de santé, ça dure moins longtemps."

L'ennui de santé qui semble le plus répandu serait le cholestérol : E3 *"moi j'ai du cholestérol, donc automatiquement j'mange plus de fruits et de légumes par rapport à avant"*, E4 *"Quand j'ai su que j'avais du cholestérol, j'ai dû changer mes habitudes alimentaires. Plus d'sucre, plus d'gâteaux, plus d'bazard là."*

Par rapport à la prévision de l'avenir quant à la motivation du changement des habitudes, il semble que la plupart de ces femmes se sentent prêtes à changer leurs habitudes, parce qu'elles savent que leur alimentation n'est pas toujours adaptée à leurs problèmes de santé ou à leur régime.

E2 *"j'suis motivé dans l'sens où ... ben déjà d'avoir une mauvaise alimentation je sais que c'est pas bon pour la ligne quoi et forcément maintenant j'sais que c'est pas bon pour la santé, donc ça me motive à faire attention, en plus j'ai du cholestérol ; 'fin j'sais qui faut que j'fasse gaffe à ce niveau là aussi quoi."*

E3 *"Et la santé aussi, les problèmes de santé vont me motiver à changer mes habitudes."*

E4 *"C'est surtout la santé qui va me motiver."*

E5 *"Je continuerais la même alimentation mais préparée d'une autre façon plus équilibrée... selon ma santé quoi, selon mes problèmes. La santé. La santé c'est primordial pour moi.*

Si j'dois changer d'habitudes, j'vais changer facilement."

E7 *Je vais changer à long terme, oui je vais changer."*

Le problème que pourraient rencontrer toutes ces personnes est bien entendu, la gourmandise.

E6 *"J'adore manger. J'suis très gourmande donc c'est sur qu'il faut changer complètement les habitudes de vie."*

E9 *"La gourmandise, la volonté ! je pense que c'est une lutte de tous les jours."*

E4 *"Quand l'docteur y m'dit que le cholestérol il a baissé, j'me dit ben j'peux manger."*

Par rapport à la fréquence d'utilisation des fruits et des légumes, elle semble en hausse dans la majorité des cas.

E1 *"maintenant j'en mange plus qu'avant ça c'est sûr."*, même si l'on sent que ce n'est pas encore en grosse quantité pour toutes : E2 *"j'essaie d'en manger au moins 2 fois par semaine"*.

Pour les personnes qui connaissaient les bienfaits des fruits et des légumes contre le cancer, la réunion les a confortées dans leur idée et elles se sont maintenues dans leur démarche voire motivées, sauf pour E7 qui affirme "j'en mange pas plus".

E3 *"comme j'en mangeais déjà avant, ça m'a conforté dans mon idée d'en manger en fait".*

On peut remarquer qu'il y a une prise de conscience du problème pour 8 personnes sur 9.

La réunion leur a permis de faire un feed-back sur leur comportement, il y a eu décentration.

Il y a un retour sur leur propre façon de s'alimenter, en discutant de leur point de vue, elles ont pu se rendre compte réellement de leurs habitudes et porter un jugement personnel sur leurs habitudes alimentaires.

E1 *"j'en prend conscience quand même, même si je ne fais pas réellement attention quand j'mange, maintenant quand j'ai faim je vais peut-être manger plus un fruit qu'un p'tit biscuit ou quelque chose comme ça."*

E2 *"Ben, ouais, j'me rend compte, fin j'le savais déjà, j'me rends compte que j'mange pas très bien quoi."*

La seule personne qui n'a pas pris conscience de ses propres habitudes et qui n'a pas fait de retour sur elle-même est E4. C'était cette même personne qui nous disait que lorsque son taux de cholestérol avait baissé, elle se remettait automatiquement à manger comme avant.

Dans l'ensemble, la réunion a eu un effet bénéfique sur leur comportement, même si on ne sait pas si à l'avenir leurs habitudes vont reprendre le dessus.

4.6 Recherche d'innovation et de documentation

Au travers des réponses des personnes interrogées, on peut remarquer qu'en général il y a une recherche de documentation en vue d'innovation.

Mais il semble que c'est plus le hasard des lectures qui permet la découverte de nouvelles recettes.

Ça ne fait pas toujours partie d'une recherche active de documentation : E2 *"Quand j'tombe dessus, j'vais pas chercher un magazine, un magazine de recettes ouais, si j'tombe par hasard dessus ouais, sinon..."* sauf dans certains cas comme pour E3 *"quand j'vois une recette qui m'intéresse, j'prend un livre toutes les semaines"*.

Les magazines qui sont faciles à lire, comme des magazines des grandes surfaces : E7 *"j'en ai dans les p'tits magazines shopi, ils sont très bons"* sont aussi de bons vecteurs pour une documentation alimentaire.

Mais il semble que la plupart de ces femmes ont besoin de conseils d'un proche, de la mère, d'un ami chez qui on est allé manger ... elles ont besoin de se rencontrer pour discuter cuisine : E7 *"A ma sœur en premier. On est assez proche et forcément entre femmes on parle beaucoup de cuisine, donc comme en plus elle adore cuisiner..."*.

Quelque soit le mode de recherche, de documentation, ces femmes sont à la recherche de nouveautés et donc, pour elles, la réunion leur a permis de discuter entre femmes et de s'échanger des recettes, des modes de préparation ...

4.7 Apport du groupe

Toutes les femmes du groupe ont trouvé un intérêt à cette réunion. Elles ont toutes apprécié discuter et échanger leurs savoirs. Elles ont fait des découvertes sur les cultures et habitudes des autres participantes, ont apporté leurs points de vue sur leurs façons de faire.

- E1 *"Oui, parce qu'on a toutes parlé de notre attitude alimentaire"*, E2 *"Ben oui. C'est vrai qu'on s'rend compte qui a des gens qui en savent moins et des gens qui en savent pas mal. Mais bon, c'est vrai que ça donne des idées"*,
E3 *"Oui. Parce que tout le monde donne son opinion, une discussion pour l'alimentation c'est toujours intéressant en fait"*, E6 *"Ah ben oui, parce que les autres apportent leur vécu, leur petit conseil, chacun apporte son point de vue, ça ne peut être qu'enrichissant pour les autres."*

Elles ont pu remettre en question leur manière de cuisiner,

- E1 *"on s'est toutes un peu concertée, on s'est dit que c'est vrai qu'on s'nourrit mal, qu'on fait pas attention, on a échangé des p'tites recettes, de c'qui est bon"*.

C'est grâce aux articulations de point de vue que va naître le conflit socio-cognitif. Parler va provoquer une dissonance cognitive et ainsi pouvoir, peut-être, modifier leurs comportements.

Rappelons quelques éléments afin de bien comprendre ce phénomène d'interaction.

- pour que le changement arrive, il faut que les divers membres du groupe soient de niveaux différents ou de points de vue différents
- il faut que l'un des participants adopte une attitude critique
- dans cette interaction, le modèle le plus capable progresse souvent autant que l'observateur moins capable
- un modèle n'a pas toujours besoin d'être correct : les mauvais modèles font aussi progresser, si les points de vue sont différents de celui de l'observateur, il dirige l'attention de l'observateur vers une autre chose que ce qu'il avait à l'esprit
- une certaine quantité d'interactions sociales est nécessaire à savoir : la recherche de solutions d'un accord et l'établissement d'un cadre de référence commun.
- mais il ne faut pas esquiver la confrontation.
- des pré-requis sociaux sont nécessaires dans ce type d'interaction

Ces conditions ont été respectées au cours de la réunion. Le conflit socio-cognitif est intéressant quand on a déjà un point de vue. Il est à éviter les relations de domination car alors aucun des participants ne progressent ; quand on impose son point de vue, il n'y a pas de décentration possible.

Les conséquences du conflit socio-cognitif :

il y a :

- prise de conscience de point de vue différent du sien (décentration)
- il y a apport d'informations nouvelles nécessaires à l'apprentissage
- (ce sont les autres qui amènent l'information)

- la personne bénéficie du feed-back direct, sur ses comportements, du point de vue critique
- il est toujours plus difficile d'ignorer un conflit inter individuel qu'un conflit intra individuel
- changement de la position

En effet, suite à cette réunion, on a pu remarquer au cours des entretiens que les sujets ont pu prendre connaissance des points de vue différents des leurs, il y a eu ainsi décentration.

Au cours de cette réunion, il y a eu un apport d'informations nouvelles au sujet de l'alimentation et de ses bienfaits par rapport au cancer mais aussi, ces personnes ont appris des autres :

E6 *"oui, dans le sens c'est enrichissant que les autres apportent leur vécu, leur façon de faire les choses, leur point de vue donc après c'est un échange de point de vue, tu prends et tu laisses ce que tu as envie."*

Elles ont eu directement un retour sur leur propre façon de s'alimenter et ont pu se juger.

...quant au sentiment de satisfaction de la réunion

On peut penser que la participation à cette réunion leur a plu. En effet, toutes les participantes ont trouvé intéressante la réunion.

E1 *"Elle était instructive, intéressante et euh... Oui. J'ai appris beaucoup sur l'apport... c'qu'apporte les légumes, toutes ces choses là, par rapport aux maladies, au cancer, choses comme ça c'est beaucoup de choses que je ne savais pas, et euh j'ai appris beaucoup là dessus"*.

E3 *"C'est toujours intéressant d'avoir de nouvelles recettes, il a des choses simples auxquelles on ne pense pas à faire de façon systématique. C'est toujours intéressant d'avoir des nouveautés dans un menu, dans un repas."*

E9 *"On en apprend toujours. Par exemple, je ne savais pas que les fruits et les légumes pouvaient euh ... comment dire baisser le taux de cancer."*

Par contre, les recettes proposées par les participantes n'ont en général, pas été utilisées (sauf pour E3 et E9).

E7 utilise plus l'huile d'olive depuis la réunion.

Les recettes ont été surtout proposées à l'oral, c'est certainement une des causes de la non-utilisation.

4.8 Sentiment subjectif de s'occuper de soi

En général, elles ont associé le "s'occuper de soi" avec l'alimentation et le sport.

On peut donc penser qu'elles savent donc comment s'alimenter sainement.

Elles savent pertinemment que lorsqu'elles mangent des fruits et de légumes, c'est bon pour leur santé.

E1 *"c'est vrai que quand je mange je vais manger des fruits et des légumes, des choses comme ça, j'me dit tiens c'est bien j'mange des légumes ça m'apporte beaucoup plus de choses. Oui. J'me dit... j'fais attention à mon corps, j'fais attention à c'que j'mange, j'suis contente quand j'mange une assiette de légumes, un fruit, j'me dit c'est bon, c'est sain pour mon corps".*

Elles savent que "on s'occupe plus ou moins de soi en mangeant sainement. Des légumes c'est sain on le sait. Des fruits c'est sain on le sait." E3.

Seulement, elles ne l'appliquent pas nécessairement tout le temps sauf pour E8, qui s'est fixé l'objectif d'avoir une vie saine en s'alimentant correctement et en faisant du sport. D'ailleurs elle dit "je n'ai pas le choix.". Elle semble intransigeante quant à son comportement alimentaire.

En fait, elles ont l'impression de s'occuper d'elles en mangeant des choses saines.

E6 *"Ah, oui tout à fait. Ah oui. Le sentiment de se faire du bien quand même."*

E2 *"Ouais, ben ouais c'est clair, j'sais que c'est bon pour moi. Je sais que quand j'avais manger une grosse plâtrée de frites, j'sais forcément que c'est pas très très bon quoi."*

Sauf pour E4 qui n'a pas spécialement l'impression de s'occuper d'elle, de sa santé, de son corps quand elle mange sainement.

Pour E3 et E7, elles ne préparent à manger que pour leur famille.

Toutes ces femmes savent ce qui est bon ou non à manger.

E7 *"On sait, même si on le fait pas toujours, ce qui est bon à manger et ce qui ne l'est pas."*

Le message semble donc être passé pour la plupart de ces personnes.

Il reste donc qu'elle l'applique quotidiennement. Elles nous disaient justement que c'est un phénomène qui se change petit à petit comme

E1 *"ça m'a fait un p'tit déclic, mais il faut le temps que ça se mette en place dans ma vie, par rapport à ma façon de vivre, à ma vie alimentaire, ma façon de manger tout ça faut que je l'adapte p'tit à p'tit."*

Nous pouvons remarquer que les résultats sont mitigés, nous allons en discuter et conclure par rapport à nos hypothèses dans la partie suivante : discussion et conclusions.

5. CONCLUSION

Il nous semble important de préciser que la faiblesse numérique de la population étudiée doit nous rendre prudent. De plus, les données, résultats et interprétations ne peuvent prétendre avoir une portée représentative. En cela, pour donner une valeur certaine aux résultats, il faudrait pouvoir les confirmer par des recherches sur des populations plus nombreuses.

Cette recherche, aussi modeste soit-elle, nous permet de faire plusieurs constations.

Tout d'abord, il apparaît que la majorité des personnes interrogées est sensible à l'alimentation.

Ces personnes sont effectivement sensibles à leur équilibre alimentaire mais on peut établir une contradiction entre ce qu'elles disent et l'application réelle de leur équilibre alimentaire.

Alors, pourquoi existe-t-il une si grande différence entre les dires et les faits ?

Il semble que par manque d'informations sur ce sujet elles n'ont pas conscience des dangers que peut apporter une mauvaise alimentation.

De plus, on peut remarquer que c'est la confrontation avec la maladie ou pour un régime que les habitudes alimentaires peuvent être modifiées, voire changées.

On peut penser que suite à la réunion, elles se sont rendu compte de ce qu'était l'équilibre alimentaire et que c'était important pour leur santé. Le fait d'en avoir parlé pendant la réunion et d'insister en leur posant la question en entretien les a sensibilisées.

De la même façon, le lien entre cancer et fruits et légumes n'est pas évident par manque d'informations.

En effet, les apports sont trop faibles en légumes frais et en fruits dans notre région.

L'immigration nous a permis d'intégrer de nouvelles habitudes alimentaires italiennes, polonaises, nord-africaines, mais sans influencer les tendances "lourdes" de l'alimentation.

De plus, les difficultés économiques de notre population n'ont pas allégé l'assiette des milieux moins aisés, qui privilégient les plats plus rustiques et, paradoxalement, plus riche en lipides.

De ce fait, on peut penser qu'à la suite de la réunion d'information sur les bienfaits des fruits et des légumes par rapport au cancer, et des entretiens, il y a ici une acquisition de notions relatives aux bienfaits de l'alimentation par rapport au cancer.

On peut espérer que les informations sur ce sujet les ont non seulement sensibilisées mais aussi que cela les incitera à modifier leurs comportements alimentaires.

De ces constatations, nous souhaitons revenir sur la première sous-hypothèse de travail.

En effet, nous pensions que lors d'une réflexion de groupe, il y a une acquisition de notions relatives à l'équilibre alimentaire.

Cette sous-hypothèse, semble donc être vérifiée par les réponses de notre population interrogées lors de nos entretiens.

Les entretiens mettent en évidence un autre point : il semble que l'alimentation est en majorité perçue comme un synonyme de convivialité, de plaisir. Nous n'avons pas évoqué les notions de plaisir et de convivialité autour de l'alimentation, pourtant ce sont des notions qui sont venues spontanément de la population interrogée.

Il semble qu'autour de l'alimentation, il y a le plaisir qui domine. Un plaisir qui ne semble pas encore être synonyme d'équilibre alimentaire pourtant.

Malheureusement, convivialité et plaisir semblent parfois ici vouloir dire : excès. La notion de gourmandise est très présente dans les propos de notre population. Ce serait elle qui ferait barrage à la bonne volonté de ces personnes. Il semble aussi que manger est parfois synonyme d'anti-stress, de passe temps.

Même si quelques personnes interrogées disent manger des fruits entre les repas, beaucoup avouent manger des aliments beaucoup moins sains, comme des barres chocolatées, des gâteaux...

Malgré tout, on peut remarquer que sur l'ensemble des réponses, il y a eu un petit "déclat", une idée sur ce sujet renforcée pour les personnes qui ne connaissaient pas les bienfaits des fruits et des légumes.

En outre, on peut remarquer qu'il y a une prise de conscience du problème pour 8 personnes sur 9.

La réunion leur a permis de faire un feed-back sur leur comportement, il y a eu décentration.

On a pu observer un retour sur leur propre façon de s'alimenter, en discutant de leur point de vue, elles ont pu prendre conscience réellement de leurs habitudes et de porter un jugement personnel sur leurs habitudes alimentaires.

Dans l'ensemble, la réunion a eu un effet bénéfique sur leur comportement, même si on ne sait pas si à l'avenir leurs habitudes vont reprendre le dessus.

Toutes les femmes du groupe ont trouvé un intérêt à cette réunion. Elles ont toutes apprécié discuter et échanger leurs savoirs. Elles ont fait des découvertes sur les cultures et habitudes des autres participantes, ont apporté leurs points de vue sur leurs façons de faire.

En effet, suite à cette réunion, on a pu remarquer au cours des entretiens que les sujets ont pu prendre connaissance des points de vue différents des leurs, il y a eu ainsi décentration.

Au cours de cette réunion, il y a eu un apport d'informations nouvelles au sujet de l'alimentation et de ses bienfaits par rapport au cancer mais aussi, ces personnes ont appris des autres participantes.

Par rapport à notre seconde sous-hypothèse, nous pensons que dans la mesure où elles ont des habitudes, une culture alimentaire, elles ne cherchent pas à innover, à se documenter, à cuisiner d'une autre façon. En effet, grâce au groupe ces personnes vont découvrir d'autres habitudes, d'autres cultures qui

leur sembleront intéressantes et qui leur permettront de remettre en question leurs habitudes et leurs comportements alimentaires.
C'est le groupe qui permet cet apprentissage.

Nous nous sommes aperçues que ces personnes se documentaient, cherchaient à connaître de nouvelles choses, même si elles ne le faisaient pas d'elles-mêmes, elles étaient très intéressées par les nouveautés, ce qui pouvaient changer leur quotidien.

A la suite de ces constatations, il semble que nous pouvons confirmer notre hypothèse, c'est grâce ici au groupe que ces personnes ont découvert d'autres habitudes, d'autres cultures. De ces différences, elles ont appris de nouvelles choses et ont remis, dans la majorité des cas, en question leur propre façon de s'alimenter.

Enfin, dans notre dernière hypothèse, nous pensions qu'il y a une mise en application des apprentissages acquis lors de la réflexion de groupe. En effet, nous espérions que ces femmes réinvestiraient les nouvelles notions qu'elles auraient pu découvrir pendant la réunion sur l'équilibre alimentaire.

Par rapport à la prévision de l'avenir quant à la motivation du changement des habitudes, il semble que la plupart de ces femmes se sentent prêtes à changer leurs habitudes, parce qu'elles savent que leur alimentation n'est pas toujours adaptée à leurs problèmes de santé ou à leur régime.

Mais, d'après les résultats des entretiens, il semble qu'à l'exception de 2 personnes sur 9, il n'y a pas eu réinvestissement des recettes proposées par les participantes.

En effet, nous nous sommes aperçues qu'elles n'avaient pas écrit les recettes et donc elles ne pouvaient pas reproduire exactement les recettes proposées.

Si une expérience similaire devait se reproduire, il serait indispensable de laisser un écrit de l'ensemble des idées proposées, en envoyant par exemple un compte rendu de la réunion. A la fin de cette réflexion de groupe, nous avons proposé des photocopies sur les informations que nous voulions transmettre, comme par exemple l'article du magazine Tribune Santé n° 54 paru pour les mois d'octobre/novembre 2000, au sujet du rôle des aliments dans la protection (ou non) contre le cancer.

On pourrait penser que ces recettes ne les intéressaient pas ou qu'elles ne pensaient pas à réinvestir les nouvelles choses apprises.

Par contre, nous nous sommes rendu compte qu'elles réinvestissaient des savoirs, faute de faire les recettes, comme l'utilisation d'huiles végétales ou encore l'augmentation de l'utilisation de fruits et de légumes dans l'alimentation quotidienne.

De ce fait, notre dernière hypothèse n'est pas validée entièrement.

Les recettes proposées au cours de la réflexion de groupe n'ont pas été utilisées dans l'ensemble, mais des notions d'équilibre alimentaire ont été reçues et sont acquises.

Nous ne prétendons pas avoir réussi à modifier le comportement alimentaire de ces personnes mais nous pensons que nous y avons contribué et les avons mis en alerte.

Il s'agit désormais de faire participer la population plus souvent à des actions de prévention, car elles se révèlent très intéressées par le sujet. N'oublions pas que c'est par elles que le message doit passer essentiellement, car la culture alimentaire passant majoritairement de mère en fille, il paraît indispensable d'informer les personnes qui préparent la cuisine dans le foyer familial (il s'agit dans la plus grande majorité des cas des femmes).

Pour assurer une plus grande transmission de génération en génération, la femme du foyer semble être le pilier et le garant de l'équilibre alimentaire en vue d'une bonne santé familiale.

De plus, dans l'ensemble de la population interrogée, il est plus facile de manger des fruits l'été, sans doute grâce à la diversité des fruits pendant cette saison, la tentation est plus grande.

Il semble donc qu'il serait intéressant d'accroître les campagnes d'informations en période hivernale car la diversité des légumes et surtout des fruits est moindre qu'en été.

Par rapport à l'action de prévention, quelques remarques peuvent être faites. En effet, nous pouvons désormais penser qu'il est utile d'investir le public dans des actions de prévention.

En effet, la prévention doit être pensée selon 3 axes :

- promouvoir les comportements bénéfiques
- réduire les comportements dommageables
- développer les compétences du sujet pour le rendre autonome et capable de gérer sa santé de manière active.

De ces 3 axes, les 2 premiers ont été les buts de notre réflexion de groupe.

Le troisième axe, est la finalité que nous espérons avoir donné à notre recherche.

Nous espérons avoir donné les outils essentiels quant à la connaissance et à l'information sur le sujet pour que ces personnes soient autonomes et capables de gérer leur santé et celle de leur famille de manière active.

Ces personnes beaucoup plus proches entre elles qu'avec n'importe quel intervenant, ont des facilités d'adaptation impressionnantes. En effet, se sentant en égalité avec le reste des participantes, il est plus facile pour elles de communiquer et donc d'échanger.

Le fait que, lors de la réflexion de groupe, nous étions des intervenants "étudiantes", nous semble peut-être moins crédible qu'une source jugée compétente en vue d'une profession reconnue.

En effet, que la source soit jugée compétente et digne de confiance pour exercer une quelconque influence nous semble la condition *sine qua non* à la manifestation d'un changement d'attitude minimal. Une source crédible est plus persuasive qu'une source qui ne l'est pas. Mais seulement dans le cas où les effets du discours persuasif sont envisagés sur le court terme et non sur le long terme.

Elles ont été capables de s'investir dans une réunion d'information et d'échanger sans grandes interventions de notre part.

En parallèle à cela, le fait que nous soyons de jeunes étudiantes, a pu rendre l'atmosphère moins contraignante que si nous étions d'éminents scientifiques de grande renommée.

Nous nous sommes, de ce fait, senties plus proche que nous l'aurions espéré et donc nous pouvons penser que les réponses à nos questions n'ont pas été déviées ou faussées.

Pour ce type de réflexion de groupe, il serait intéressant d'utiliser un duo d'intervenants de professions différentes, de visions différentes, afin de pouvoir convaincre le public de la crédibilité de la source et d'assurer, par une atmosphère moins contraignante, l'énergie et la réactivité du groupe afin que le public ne se sente pas en position inférieure.

Revenons sur la théorie sociale-cognitive.

Bandura (1986), considérait que les comportements liés à la santé dépendent directement de l'environnement social : ils sont le résultat d'apprentissages sociaux.

En conclusion, nous pouvons donc penser que, comme disait Lewin (1943), *"le groupe a un rôle facilitateur quant à l'implication des sujets et sur l'atmosphère non contraignante expérimentée au sein d'un groupe paritaire."*

Chaque personne est différente, chacune a bien évidemment des expériences différentes, un âge propre, une culture différente, bref ces personnes sont entièrement différentes, et c'est justement de cette différence que naît la richesse des échanges lors d'expériences comme celle-ci.

Comme disait Lewin encore une fois (1948), *"l'interdépendance est l'essence du social : l'essence d'un groupe n'est pas dans la similitude de ses membres mais dans leur interdépendance"*.

De plus Festinger (1950, 1954), insistait sur le besoin que nous ressentons d'utiliser les autres comme sources de comparaison afin d'évaluer nos propres attitudes et capacités. Ce besoin est d'autant plus fort que nous sommes dans l'incertitude quant au bien-fondé de nos croyances ou de nos opinions.