



HAL
open science

Promotion de la santé et inégalités sociales

Irène Albert, Emmanuel Souffrin

► **To cite this version:**

Irène Albert, Emmanuel Souffrin. Promotion de la santé et inégalités sociales. Expressions, 2013, Actes des 2ndes journées de rencontre : "Inégalités sociales, santé, éducation", 37, pp.1-14. hal-02388572

HAL Id: hal-02388572

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02388572>

Submitted on 2 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PROMOTION DE LA SANTE ET INEGALITES SOCIALES




Irène ALBERT

Emmanuel SOUFFRIN

PREFAS-Réunion

Résumé. – Promotion de la santé et inégalités sociales : quelles problématiques locales à partir des travaux des étudiants et des professionnels inscrits dans des formations en travail social à l'IRTS et à l'EMAP ?

Le PREFAS Pôle Ressources régional de Recherche et d'Etude pour la Formation et l'Action Sociales est une structure qui est animée au niveau national par l'UNAFORIS ; ses activités, depuis 2010 :

-  1 Capitaliser
-  2 Communiquer
-  3 Animer et Conseiller
-  4 Valoriser la Recherche

A partir du corpus constitué des mémoires de diplômés d'assistants de service social, d'éducateurs de jeunes enfants, éducateurs techniques spécialisés, CAFERUIS, CAFDES et DSTS, répondant positivement aux mots clés : « soins/accès au soin/inégalités sociales/lien social », nous souhaitons présenter les principales données disponibles concernant la problématique de l'accès au soins de différentes catégories de publics en difficultés.

Bien que le corpus recueilli soit faible, - à peine 3% des mémoires disponibles à l'IRTS correspondent à nos critères de choix, (19/642 mémoires, monographies et dossiers techniques), sur une période allant de 2004 à 2011-, il nous permet d'interroger la diversité des publics étudiés, les procédures et les conditions facilitant ou non l'accès au soin.

Par ailleurs, bien que les travaux ne portent pas sur des actions de promotion de la santé, et n'analysent pas non plus ce discours, ce corpus permet de mieux saisir comment est analysée la mise en œuvre d'actions de prévention, de protection et d'éducation au mieux être, au *care* et au *welfare* des populations.

Comment, à partir de ces travaux, mémoires professionnels de niveau II et I avec une problématique de recherche, peut se reconstruire une problématique permettant à la fois de mieux connaître les publics et les conditions de l'accès aux process, et/ou aux structures de soins ?

Dans ces travaux comment la notion si souvent utilisée dans le travail social de l'accompagnement est-elle définie ? Comment la posture du professionnel facilitante ou déroutante est-elle interrogée ? Comment les dispositifs favorisent-ils ou non l'accès aux soins pour tous ?

Mots-clés : - accès au soin - inégalités sociales - prévention – éducation -.

Abstract. - Promotion of the health and the social inequalities : what are the local problems based on the work of students and professionals, registered for social work training at the IRTS and the EMAP ?

Based on the corpus constituted of assistants diplomas thesis of social services department, thesis of educators young children and specialized technical educators, CAFERUIS, CAFDES and DST(DIRECTORATES OF TERRITORIAL SURVEILLANCE), answering positively to the keywords: « care / care access/ social disparities social / social link », we would like to present the main data available pertaining to care access problems by various categories of the public in difficulties.

Although the corpus database is poor - as over the period from 2004 until 2011 barely 3% of the available thesis at the IRTS matched our selected criteria, (19/642 thesis monographs and technical files), it has been enough to enable us to challenge the diversity of the studied public, the procedures and the conditions helping or not to access to care.

In addition, despite the studies not including promotional activities of the health, nor analysis of this speech, this corpus allows to have a better understanding of how is analyzed the implementation of preventive initiatives, protection and educational at “the best to be”, the care and the welfare of the population.

How, based on these studies, professional reports level II and I, with a problematic in research; could we create problems enabling at the same time to have a better understanding of the public and the conditions of the access to processes and/or to the structures of care?

In these studies how is the notion - so often used - in the support social work defined? How the helping or disconcerting professional's behavior is challenged ? How do measures foster or not the access to a healthcare for all ?

Keywords : - access to the care - social inequalities – prevention - education -.

Introduction

A La Réunion, comme ailleurs, le problème de l'articulation entre recherche, pratique et milieux professionnels est pensé depuis des décennies.

Le développement des activités de recherche, la formation à et par la recherche, notamment dans les formations supérieures destinées aux cadres du travail social, l'articulation entre recherche fondamentale et recherche appliquée, entre établissements de formations supérieures constituent une préoccupation ancienne.

La question des conditions de leur coopération pour une plus grande appropriation partagée des résultats et des méthodes de la recherche dans un objectif de changement oriente le PREFAS Réunion vers un questionnement simple : quels savoirs produire pour l'action sociale à La Réunion ? Quels types de recherche pour l'action sociale à La Réunion ?

La question des liens entre la santé et les inégalités sociales dans les travaux des étudiants identifiés dans les centres de documentation des deux OFTS, permet d'explorer des problèmes de terrain pour tenter de construire une problématique de recherche à partager avec les professionnels et des chercheurs venant de plusieurs disciplines. Partir des situations professionnelles et des enjeux sociaux pour construire de nouvelles questions, de nouveaux objets de recherche c'est précisément l'axe de travail du PREFAS.

En partant des études de cas, des mémoires de fin d'étude, des mémoires professionnels, des mémoires d'initiation à la recherche (Assistante sociale et DSTS puis DEIS) nous exposons comment se forment des questions de « terrain » issues d'observations, de descriptions ou d'analyses de situations, qui remontent des questionnements souvent pertinents, des modalités de résolutions de problèmes souvent fortement ajustées à des concepts théoriques.

Il s'agit pour nous de faire des liens entre ces questionnements et des questions de recherche nouvelles à mener avec les différents milieux professionnels du secteur social et médicosocial. Au regard de la situation sociale et économique que connaît La Réunion, il nous a semblé intéressant de présenter ces questionnements qui se retrouvent au niveau national ou international, ou encore à l'échelle régionale de la zone indianocéanique et de proposer quelques pistes de réflexion articulant les interrogations des professionnels et celles des chercheurs.

Comment, à partir de ces mémoires professionnels de niveau II et I, avec une problématique d'initiation à la recherche, dans les analyses de cas, les dossiers techniques, peut se construire une problématique permettant à la fois de mieux connaître les publics et les conditions de l'accès aux process, et/ou aux structures de soins ?

Nous avons réuni un corpus local constitué des mémoires de diplômés d'assistants de service social, d'éducateurs jeunes enfants, éducateurs techniques spécialisés, des cadres CAFERUIS, CAFDES et DSTS, ayant eu plus de 12 à leur mémoire et répondant positivement à un ensemble de mots-clés : « soins/accès aux soins/inégalités (sociales)/lien social ».

Nous présenterons les principales données disponibles concernant la problématique de l'accès aux soins de différentes catégories de publics en difficultés.

Bien que le corpus recueilli soit faible, - à peine 3% des mémoires disponibles à l'IRTS et à l'EMAP correspondent à nos critères de choix, (les deux bases de données comprennent environ 700 mémoires, monographies et dossiers techniques), sur une période allant de 2004 à 2011 -, il nous permet d'interroger d'une part, la diversité des publics étudiés, et d'autre part, comment est analysée la mise en œuvre d'actions de prévention, de protection et d'éducation au mieux-être, au *care* et au *welfare* des populations.

Par ailleurs, bien que les travaux ne portent pas sur des actions de promotion de la santé, et n'analysent pas non plus le discours de la promotion, ce corpus permet de mieux saisir les *procédures et les conditions facilitant ou non l'accès au soin* : comment la notion si souvent utilisée dans le travail social de l'accompagnement est-elle définie ? Comment la posture du professionnel (facilitante ou déroutante) est-elle interrogée ? Comment les dispositifs favorisent-ils ou non l'accès aux soins pour tous ?

Dans tous les cas, les études présentes dans les différents documents rassemblent des petits échantillons d'entretiens menés sous une forme semi-directive, avec une analyse thématique des discours, parfois sur une base simplifiée de récit de vie.

Les principaux publics sur lesquels portent les études de cas, sont les publics des travailleurs sociaux, personnes en situation de marginalité, de dépendance, d'exclusion, de relégation et plus particulièrement :

- des personnes âgées, dépendantes, placées ou non en institution,
- des personnes adolescentes, avec une problématique liée à l'alcool ou à diverses formes d'addiction,
- des sans domicile fixe,
- des personnes présentant des handicaps physiques ou mentaux.

Quels champs recouvrent les différentes études ? Notre constat est que nous n'avons pas de corpus identifié à partir de l'expression « inégalité sociale » ; cette expression, plus socioéconomique, ou mathématique¹, est ici à relier plus précisément avec la question de l'insertion sociale², ou de l'intégration sociale telle que définie par les sociologues, de publics interrogés au regard des difficultés d'intégration dans des dispositifs ou des institutions (accès aux soins pour les SDF dans les urgences hospitalières par exemple).

Nous avons donc une entrée non par indicateur socioéconomique permettant de mesurer des inégalités sociales, mais par indicateurs identifiant ou désignant des personnes porteuses de « stigmates » : handicaps, personne dépendante, SDF, alcooliques, personnes âgées dépendantes, adolescents...

¹ Nous reprenons la définition suivante : une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société des ressources de cette dernière, due aux structures mêmes de cette société et faisant naître un sentiment d'injustice au sein de ses membres. Encyclopedia universalis. Des différences ne suffisent pas à faire une inégalité. Pour qu'elles le deviennent, il faut qu'elles se traduisent par un accès inégal entre ces individus différents, en raison de leur différence, à certaines ressources rares et valorisées.

² "L'intégration consiste à susciter la participation active à la société tout entière de l'ensemble des femmes et des hommes appelés à vivre durablement sur notre sol en acceptant sans arrière pensée que subsistent des spécificités notamment culturelles, mais en mettant l'accent sur les ressemblances et les convergences dans l'égalité des droits et des devoirs, afin d'assurer la cohésion de notre tissu social." (L'intégration à la française, Rapport du Haut Comité à l'Intégration, 1993). L'insertion sociale désigne l'action ayant pour objectif de faire évoluer une personne isolée ou marginale vers un état où les échanges avec son environnement social sont considérés comme satisfaisants. Elle est aussi le résultat de cette action. L'insertion sociale nécessite l'appropriation des valeurs, des règles et des normes du système au sein duquel a lieu l'insertion. Elle revêt plusieurs dimensions : familiale, scolaire, professionnelle, économique, culturelle, habitat...

La principale problématique soulevée est autour de l'accompagnement de l'utilisateur par le professionnel : comment définir un accompagnement qualifié de global ? Comment accompagner les familles mais également les professionnels pour prendre en compte les difficultés des usagers/bénéficiaires/résidents/clients ?

Ces approches reposent pour une large part sur des références théoriques à la relation d'aide et à l'approche systémique, avec des apports venant principalement soit de la psychologie sociale, soit de la psychologie clinique, parfois de la sociologie (sociologie de la santé par exemple). Le temps nous a manqué pour mener à bien le travail de recensement du corpus bibliographique mais une étude plus large menée en région Rhône-Alpes peut être consultée pour mieux connaître les références les plus présentes dans les formations de travail social.³

1. Constat/analyse

Dans les mémoires repérés, l'analyse est généralement centrée sur le lien entre la situation de la personne à la situation qu'elle rencontre. Plus rarement, l'auteur recherchera si la cause ou la situation de l'inégalité vécue est aussi source d'accès inégal à la « ressource santé » ou plus exactement aux « droits sociaux ».

Les études de cas - les échantillons sont en général « petits » - sont détaillées mais reposent plus sur les entretiens en face à face que sur des observations ou des entretiens croisés, ou menés avec des groupes.

L'analyse ne repose pas sur une approche sociologique qui permettrait de prendre du recul sur des situations similaires, ici ou ailleurs (nous y reviendrons avec les conclusions de la thèse de Zoé Heritage).

3 Cf J. Cadine et G. Claval, PRFAS, 2008, La recherche : quelle transmission pour la formation aux professions sociales en Rhône-Alpes ?, Rapport de recherche-action.

Les expressions les plus soutenues (définies et présentées) sont la précarité, le handicap, les difficultés sociales, comme si la théorie des déterminismes sociaux était appliquée sans reprendre l'analyse critique des habitus par exemple, ou sans complexité plus soutenue.

Bien que la notion d'inégalité sociale n'apparaisse pas immédiatement dans l'analyse rapide que nous avons faite du corpus, nous pouvons l'approcher au travers la question de l'accès aux droits fondamentaux, et de leur maîtrise à l'échelle individuelle ou sociétale.

L'entrée principale des questions de départ des mémoires, c'est la recherche de solutions, mais pas l'analyse des causes.

Pour illustrer les propos ci-dessus, prenons deux exemples :

a. Concernant la thématique des adolescents consommateurs de produits psychotropes, la question de départ est le plus souvent orientée sur la famille de l'adolescent toxicomane : en quoi la prise en compte de la famille de l'adolescent toxicomane contribue t-elle à sa prise en charge ?

A partir d'apports théoriques venant de la psychologie sociale qui ont montré l'influence forte de l'environnement (besoin de fuite et de démesure de l'adolescent) pour déclencher ces comportements à risque des adolescents, on ne se fixe plus seulement sur le produit mais sur la combinaison de 3 facteurs contexte/usager/produit qui conduisent à la dépendance, moyen de confrontation et de recherche identitaire.

Ce problème est en augmentation chez les jeunes réunionnais et le dispositif est toujours répressif plutôt que préventif, avec le constat d'une quasi-absence totale de prise en compte de la famille, surtout due au manque de moyens attribués aux dispositifs de soins. Or, on sait maintenant qu'il faut activer conjointement 3 leviers pour rompre avec la dépendance : la demande du consommateur, son accompagnement thérapeutique, l'accès aux soins. Cette approche médico-psycho-sociale a pour but de réguler le fonctionnement biologique, psychique et modifier l'environnement, d'où l'importance reconnue du rôle de la famille, et de son fonctionnement encore peu modelisé localement.

L'intérêt est donc porté sur la recherche de solutions, sur comment l'accompagnement social peut aider la famille à comprendre qu'elle peut être un allié dans le processus de changement de l'adolescent, consommateur de drogues ?

Il ne s'agit pas de définir un process/accompagnement qui correspond à une norme sociale dominante mais de comprendre la source de la motivation de l'adolescent et de la famille et donc de déterminer les freins et résistances individuels et collectifs, mais aussi les potentialités de la famille

Dans ce travail, il s'agit de trouver un équilibre dynamique qui s'appuie sur un ensemble de notions (changement-contradiction-interdépendance), proposer un accompagnement social pour créer un lien de confiance avec la famille et l'adolescent afin qu'il accepte d'être orienté vers une équipe pluridisciplinaire où le travailleur social/AS propose de jouer le rôle de médiateur entre adolescent et famille dans le cadre de la prise en charge.

b) Sur la thématique de l'accès aux soins des publics défavorisés, en l'occurrence les SDF par les services d'urgence de l'hôpital (le soin étant défini ici par l'accès aux médicaments et s'occuper des besoins vitaux, comme l'hygiène (soins du corps), la nourriture, les habits).

La question de départ posée est « Comment le système hospitalier peut contribuer à l'intégration médico-sociale des patients précarisés, et notamment du patient SDF ? »

La sociologie de la santé a montré (Herzlich) que les définitions de la santé dépassent l'ordre biologique. « La santé se présente sous un double aspect organique d'une part : la santé apparaît alors comme un état du corps et comme un état relatif défini en fonction de la maladie, absence de maladie ou résistance à elle, ou comportemental ou psychologique d'autre part, la santé se définit comme un mode de relations de l'individu avec son milieu ».

L'hôpital est la seule porte d'entrée du SDF pour l'accès aux droits fondamentaux (car difficultés financières, administratives, absence fréquente de médecin traitant, attente du dernier moment pour les soins, manque d'informations sur les autres structures de soins).

L'hôpital en tant que structure au sein du système social a de fait une fonction intégratrice de par ses missions légales et son organisation. Ses missions de service public sous-tendent des valeurs d'accueil et de prise en charge des plus démunis et peuvent donc faciliter l'intégration sociale du patient SDF puisqu'il reconnaît à l'individu un statut de patient et non de SDF. Comme le conçoit Parsons, le rôle de tout système social est d'intégrer ses membres aux normes et aux valeurs qu'il sous-tend.

Cette intégration sociale est également favorisée par le rôle du médecin au sein de cette institution, par le soin qu'il porte au corps du patient, un corps stigmatisé et mis à mal par des conditions de vie fragilisées. Ainsi, l'hypothèse proposée est qu'en soignant le patient SDF, les débuts d'une réintégration sociale ont lieu durant la phase du soin porté au corps de l'individu.

L'hôpital a donc une fonction d'intégration sociale car le SDF a un statut de patient et non plus de SDF.

Dans le cadre de cette recherche, le public SDF est sujet d'observation et d'analyse (terrain d'enquête : services des Urgences (3) auprès de 4 médecins et 4 SDF).

Certains aspects semblent jouer un rôle important dans le processus d'intégration sociale des patients SDF en milieu hospitalier/services Urgence :

- décalages et difficultés lors des soins hospitaliers et prise en charge : problèmes de communication réciproque, freins relationnels car renvoi à l'échec de la prise en charge, à l'obligation de résultats en médecine, au sentiment de frustration du médecin,

- lieu d'ancrage pour SDF dans son existence itinérante, confrontation des valeurs qui dépend de la qualité de la prise en charge, stigmatisation dans la relation soignant-soigné, rapport au corps.

L'hôpital est un accès aux soins pour les plus démunis, qui apporte un soin du corps et un temps de répit : il a donc une fonction sociale, qui supplée à d'autres structures de type CHRS.

A la lecture rapide de ces rapports, il nous semble intéressant de formuler quelques pistes de travail :

- Redéfinir des axes de recherche qui sortent des dichotomies, le in et le out, le bien et le mal, le juste et l'injuste, le bon et le mauvais.
- Arriver à travailler de concert la relation sociale et économique et les interactions, et surtout sortir de l'idée qu'il faille toujours trouver des solutions aux questionnements initiaux.
- L'analyse des attentes ne doit pas conduire à produire une réponse mais doit permettre de mieux comprendre la façon dont le problème est posé et l'analyse des conditions dans lesquelles les solutions sont apportées.
- La question sociale est au-delà du rapport question-réponse, mais dans l'analyse des « nouvelles figures de la question sociale » comme le posait il y a une dizaine d'années R. Castel, ce qui signifie qu'au-delà de la pauvreté qui continue à frapper plus de 30 % de la population, des problèmes nouveaux se manifestent dans le champ de la formation des salaires, des statuts liés au travail et à la protection sociale. Les maîtres mots de ces changements se déclinent sous les vocables de « précarisation », « flexibilité » et « sélectivité ».
- Comment collaborer ensemble, inscrire les professionnels du secteur social et médicosocial dans cette question des

inégalités sociales qui sont sources ou facteurs d'inégalités d'accès aux droits sociaux ?

- Redéfinir quels sont les phénomènes que l'on a besoin de comprendre pour accompagner les professionnels dans leur travail, au quotidien dans leurs pratiques professionnelles, mais également dans leurs travaux de recherche.
- Comment introduire ces problématiques et ces résultats de la recherche dans les formations initiales ou continues ?

2. Les pistes issues de la thèse de Z. Heritage

A partir des données d'une étude transversale d'un échantillon représentatif de la population française, complétée par une étude écologique à l'échelle départementale, Z. Heritage observe d'une part qu'un niveau faible de santé est plus fréquemment déclaré par les individus les plus défavorisés, que ce soit du point de vue du niveau de revenu, du niveau d'éducation ou de l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle. D'autre part, à l'échelon départemental, ses données lui permettent de constater que la mortalité est positivement associée à la proportion de travailleurs manuels. Les personnes ayant peu de relations sociales déclarent des niveaux de santé comparativement bas une fois prises en compte les différences de structure d'âge et le niveau socioéconomique (...). Enfin, certains résultats suggèrent que les liens sociaux sont plus fortement associés au niveau de santé parmi les personnes à faibles revenus comparées à celles financièrement plus aisées.⁴

⁴ Investigating the contribution of social ties to health inequalities in France. PhD thesis of Zoë HERITAGE, 2010 University of Nottingham, United Kingdom, University of Paris Ouest Nanterre & EHESP, France.

Il nous paraît évident que compte tenu de la structure socioéconomique de la société réunionnaise d'aujourd'hui, qui connaît son plus fort taux de chômage avec quasiment l'équilibre entre le nombre de ceux qui travaillent et ceux qui sont des actifs sans emplois, mais qui parvient à faire fonctionner de façon verticale ou horizontale des solidarités entre générations de façon « plus efficace » que dans d'autres territoires métropolitains, et dont l'essentiel des contrats aidés et précaires sont des travaux manuels, que cette société devrait consacrer bien plus de moyens pour analyser les exclusions sociales subies par des populations dont nous ne connaissons aujourd'hui qu'une infime partie de ses modes de fonctionnement/d'adaptation à la société du précaire qui se constitue aujourd'hui.

