

EDITORIAL.....	p. 1
L'équipe mobile psychiatrique de Rennes : la santé mentale à la portée de tous	p. 2
Prévention du suicide : indispensables réseaux.....	p. 3
Prévenir le suicide ?.....	p. 5
PAGES ET IMAGES.....	p. 6
REGARD SUR PAROLES D'EDUCATION POUR LA SANTÉ.....	supplément

Chers lecteurs,

Après une période « éclectique » marquée par l'ouverture à toutes formes de participation : récits d'actions, synthèses de productions, présentations de dispositifs régionaux, résumés d'actes de colloques..., Horizon Pluriel s'attache à clarifier sa ligne éditoriale. Avec le souci d'une plus grande lisibilité, le bulletin présente désormais un dossier thématique comprenant : un éditorial-introduction au dossier, deux présentations d'expériences de terrain, un article d'opinion, une brève note régionale et une sélection de références bibliographiques.

Espérant répondre toujours mieux à vos préoccupations et vos attentes, nous vous souhaitons une agréable lecture,

La rédaction

EDITORIAL

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE : DE QUOI PARLONS-NOUS ?

Estime de soi, résilience, empowerment¹ qualité de vie, compétences psycho-sociales... Nous sommes nombreux à avoir éprouvé une attraction irrésistible pour tous ces concepts liés au champ de la santé mentale. Invitant enfin à une approche positive et globale de la santé, fondés sur l'espoir d'un mieux-être des individus et des groupes, ces concepts étayent aujourd'hui avec succès un grand nombre d'actions d'éducation et promotion de la santé.

Cependant, si la valence positive de ces concepts séduit à juste titre de nombreux intervenants, force est de constater que les programmes dits de « promotion de la santé mentale » se résument encore fréquemment à des actions de prévention des troubles psychiques ou de leur aggravation, à la tonalité nettement moins engageante.

Or, tout comme la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946), la santé mentale ne se limite pas à une absence de pathologie ou de souffrance psychique. Qui plus est, « souffrir n'est pas une maladie, mais une situation d'existence à laquelle nul n'échappe »². Enfin, l'incapacité à ressentir ou exprimer la souffrance est associée bien plus souvent à un trouble profond de la personnalité, qu'à une quelconque « force de caractère » ou « capacité d'adaptation »...

La promotion de la santé mentale ne saurait donc concentrer son action sur la prévention des troubles mentaux ou l'atténuation des symptômes et déficiences. Usant de stratégies destinées à améliorer la qualité de la vie et les ressources de chacun, en fonction de sa culture et de son contexte de vie, elle met l'accent sur³:

- le bien-être des individus et des populations ;
- la place accordée à la santé mentale dans l'échelle de valeurs des individus, des familles ou des sociétés ;
- la capacité des individus, des familles, des groupes ou des communautés, à renforcer ou soutenir les expériences positives sur le plan émotionnel et cognitif.

De même, en accord avec les principes de la promotion de la santé, l'objectif des interventions de promotion de la santé mentale sera moins de chercher à modifier des comportements, que d'agir sur les déterminants de la santé mentale. Ces derniers sont d'ordre individuel (mode de vie, capacité à faire face aux difficultés de la vie, qualité des relations interpersonnelles) mais aussi d'ordre social et environnemental : revenu, statut social, éducation, emploi, conditions d'habitat et de travail, accès aux services de santé. C'est en s'engageant dans cette voie que la promotion de la santé mentale évitera les écueils de la psychiatrisation des inégalités sociales, ou d'une approche normative génératrice de culpabilité et d'exclusion.

CHRISTINE FERRON

DIRECTRICE DU CRES BRETAGNE

¹ pouvoir d'agir sur sa santé et celle de la collectivité

² Jean Furtos, in *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*. Ramonville Saint-Agne : Editions Eres, 2005

³ *Prevention and Promotion in Mental Health : concept and definitions*. WHO, 2002

L'équipe mobile psychiatrique de Rennes : la santé mentale à la portée de tous

SONIA VERGNIORY

CHARGÉE DE MISSION, CRES BRETAGNE

Ce texte est le fruit de la rencontre entre les membres de l'équipe mobile psychiatrique de Rennes – Alain Bréger et Maunoir Charbonnel, infirmiers psychiatriques, Aude Besnard et Agnès Orgeas, psychologues cliniciennes – et Sonia Vergniory, chargée de mission au CRES.

L'objet initial des deux entretiens accordés par l'équipe mobile était l'analyse de leur action pour contribuer à « l'étude exploratoire des mécanismes de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé » menée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

L'équipe mobile psychiatrique de Rennes, composée de deux binômes infirmier psychiatrique / psychologue clinicien, œuvre depuis 2000 sur la Ville de Rennes et depuis 2006 sur sa Métropole pour un meilleur accès aux soins spécialisés en santé mentale des populations démunies : personnes sans domicile, hébergées en CHRS ou résidence sociale, hébergées temporairement, demandeurs d'asile, gens du voyage, personnes domiciliées en difficulté pour aller vers les soins. Les missions de l'équipe mobile relèvent de trois registres définis dans la circulaire relative à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie* : l'accueil, orientation et suivi des personnes ; l'interface entre les champs sanitaire et social ; l'accompagnement, information, formation des équipes professionnelles sanitaires et sociales de premières lignes.

QUELQUES-UNS DES SAVOIR-FAIRE DE L'ÉQUIPE MOBILE

Répondre aux besoins non couverts par le secteur psychiatrique

A la lumière de l'expérience des personnes concernées, des professionnels locaux et de leurs institutions, au regard d'expertises nationales, la continuité des soins prônée par le secteur psychiatrique est en partie prise en défaut :

- les outils sont inadaptés ou insuffisants pour aller à la rencontre de publics et les accompagner vers une démarche de soin,
- la structuration du système de santé par secteur ne s'applique pas à des populations sans résidence stable,

- des difficultés croissantes de prise en charge sociale se manifestent,
- les multiples facteurs déterminants pour la santé et le bien-être des publics concernent des questions dont le traitement revient tant au champ social qu'au champ sanitaire.

Une action cohérente et adaptée

• *Après des personnes concernées*

Rejoindre les publics démunis qui ne recourent pas aux services de santé spécialisés requiert une grande mobilité et adaptabilité de l'équipe : permanences dans les lieux d'accueil, bureau de consultation dans le centre d'examen hors de l'hôpital, rencontres hors

des lieux dédiés si cela peut favoriser un premier contact avec un acteur de santé, accompagnement physique vers les services de soin...

• *Avec les professionnels du champ social*

L'autonomisation des professionnels et des structures est privilégiée. Dans le respect et la prise en compte des savoirs et savoir-faire de chacun, l'équipe mobile accompagne les acteurs pour une approche globale des personnes et la recherche de réponses adaptées et cohérentes au regard des contextes de vie.

Avant toute chose, rôles et places respectifs du travailleur social et

des soignants sont clarifiés avec l'équipe mobile ; avec son aide, les professionnels interrogent leurs propres représentations de la psychiatrie, des soins, de la santé mentale,... pour approcher ce champ sans appréhension. Ils définissent les différentes façons d'aborder les questions de santé avec l'usager, les ressources et orientations possibles.

En situation, l'équipe mobile s'engage à apporter dans un délai restreint son soutien aux professionnels pour envisager les différentes solutions (d'ordre médical, psychologique, social, administratif, en matière de logement, insertion...) pouvant être proposées à l'usager ; une rencontre avec l'équipe mobile étant soumise à son accord.

L'équipe mobile offre également son appui aux équipes pour l'analyse et la construction collectives de réponses à des problèmes partagés tels que l'orientation de personnes sans domicile fixe par des animateurs locaux d'insertion, les réponses aux manifestations de violence, la connaissance des ressources locales... L'accompagnement peut être réalisé au niveau des structures pour les aider à intégrer les questions de santé en vue d'offrir un meilleur service à leurs publics.

• *Avec les professionnels du champ sanitaire*

La collaboration avec le soin, là encore, repose sur la complémentarité entre les services existants et les apports proposés par l'équipe mobile. Par exemple, l'équipe mobile peut assurer des permanences dans les

Rejoindre les publics démunis qui ne recourent pas aux services de santé spécialisés requiert une grande mobilité et adaptabilité de l'équipe : permanences dans les lieux d'accueil, bureau de consultation dans le centre d'examen hors de l'hôpital, rencontres hors des lieux dédiés si cela peut favoriser un premier contact avec un acteur de santé, accompagnement physique vers les services de soin...

structures sociales mais se retirer lorsque les services de soins sont prêts à prendre le relais.

En revanche, si le retour au dispositif de droit commun est réalisé pour une personne sur cinq rencontrées, le suivi, dans d'autres cas, est maintenu par l'équipe mobile sur une durée parfois longue en raison d'obstacles que seul le temps peut permettre de lever : représentations négatives relatives à la santé mentale ; expériences antérieures difficiles avec la psychiatrie et les fonctionnements institutionnels ; orientation vécue comme un abandon, rompant à nouveau la confiance établie ; incompatibilité du temps des institutions et du temps de la personne...

Les savoir-faire développés par l'équipe psychiatrique lui ont permis de devenir une ressource reconnue par les professionnels locaux mais également par les publics.

L'accès au soin des personnes est facilité du fait d'un meilleur repérage des orientations potentielles, de liens plus étroits entre institutions et au sein des institutions, d'une pluralité de réponses possibles, en ambulatoire ou en institutions.

Une continuité et une cohérence accrues entre les différentes prises en charge laissent aux personnes la possibilité de faire des allers retours entre le soin et l'équipe mobile, permettant d'éviter des hospitalisations sous contraintes.

Les changements de regard sur la santé et sur les publics, l'appropriation d'une approche globale des personnes, la prise en compte des questions de santé et de bien-être dans toute leur complexité, la mise en œuvre progressive d'une démarche active pour aller au-devant des gens favorisent un meilleur accueil des personnes par les services. Cette amélioration de l'accueil et de la prise en compte de la personne contribuent à la réconcilier avec les autres, avec le monde des inclus. ■

* Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. NOR : SANH0530523C.

Contact Equipe mobile psychiatrique précarité :
4 bd de Strasbourg – 35000 Rennes – Tél. 02.99.33.39.20
Mél. equipemobile@ch-guillaumeregnyier.fr

Prévention du suicide : indispensables réseaux

FABIENNE COLAS

RESPONSABLE DE L'ACTIVITÉ PROMOTION DE LA SANTÉ
MUTUALITÉ FRANÇAISE BRETAGNE (29)

Une démarche régionale d'évaluation des réseaux de prévention du suicide a été engagée en 2006/2007, à laquelle ont participé des représentants¹ des 6 réseaux décrits ci-dessous. Cet article s'appuie sur les conclusions de l'évaluation ainsi que sur les propos librement recueillis auprès de quelques personnes bien investies dans ces réseaux.

Six réseaux, collectifs ou dynamiques de prévention du suicide ont été créés entre 1996 et 2003² sur la Bretagne et sont repérés comme tels par les décideurs de santé publique. Ils sont inscrits dans le second programme régional de santé (PRS) « Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008 ». Quatre sont implantés sur le Finistère et deux sont répartis sur le Morbihan et l'Ille et Vilaine. Depuis 2006, une dynamique tente de s'amorcer sur les pays de Guingamp et du Trégor dans les Côtes d'Armor. Ces réseaux ont principalement pour objectifs de sensibiliser le grand public mais aussi les professionnels sur le phénomène suicidaire, de développer des actions de prévention du suicide et d'améliorer le repérage et la prise en charge des publics en souffrance psychique. Deux réseaux visent exclusivement les jeunes ; les autres réseaux se préoccupent de l'ensemble de la population.

Les réseaux réunissent en leur sein des professionnels et des bénévoles associatifs des secteurs de la santé, du social, de l'éducation, de l'insertion. Cette composition pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle est considérée comme un atout par l'ensemble des membres des réseaux. Elle permet d'avoir une cohérence tant dans les discours que dans les pratiques professionnelles. Elle favorise une articulation entre la promotion de la santé mentale, la prévention de la souffrance psychique et du suicide et le soin spécialisé. Chaque membre peut alors se situer dans la chaîne de soins et passer des relais vers d'autres compétences sans pour autant se désengager. Le message le plus véhiculé consiste alors à dire que la prévention du suicide est l'affaire de tous et passe par l'implication de tous les adultes. « La prévention du suicide, contrairement à d'autres

problématiques, oblige à un regard multiple. Elle ne peut être réduite au soin. Il est donc absolument incontournable de travailler en partenariat avec un maillage le plus divers possible d'acteurs ».³

La première mission des réseaux est de faire se rencontrer les acteurs de terrain pour qu'ils se connaissent et se reconnaissent. La dimension du lien est centrale dans la prévention du suicide : lien entre professionnels et lien entre les professionnels et les personnes en souffrance psychique. Les membres des réseaux constitués l'ont bien intégrée : « le réseau favorise la capacité des individus à se mettre en lien, à restaurer du lien là où il fait défaut »⁴ ; « l'appartenance au réseau me permet d'être en relation avec d'autres professionnels, plus particulièrement avec les professionnels du secteur psy que je ne pourrais pas connaître et côtoyer autrement. Ce qui est essentiel pour le centre social, équipement de proximité au service des habitants et acteur d'un quartier où les problèmes d'ordre psy sont très présents »⁵. « Moi qui suis professionnel de santé, je trouve un grand inté-

rêt à travailler avec des partenaires du champ social et associatif car cela décuple nos possibilités d'intervention. »⁶

La question du lien renvoie aussi à l'importance de l'ancrage local des réseaux. Les différents réseaux s'inscrivent à l'échelle de ville, de pays, de bassin de vie, de circonscription d'action sociale, de département. Ils peuvent répondre à des logiques urbaines ou à des logiques de pays dans les zones rurales. S'il semble difficile de définir quelle est la bonne superficie d'un réseau, des participants soulignent la nécessité pour un réseau de définir des actions en adéquation avec la réalité du terrain : « respect du contexte environnemental », « prise en compte des ressources locales », « inscription dans les instances locales de prévention »⁷ ...

Il importe d'assurer une couverture territoriale tout en veillant à la taille des réseaux, ceux-ci devant offrir un espace où les professionnels et bénévoles puissent se connaître rapidement et s'exprimer facilement, en toute confiance. Une des plus-values des six réseaux constitués réside en effet dans la qualité des échanges. Les participants font ressortir les valeurs sur lesquelles les réseaux s'appuient et soulignent les modes de communication et d'organisation : « relations non hiérarchiques », « respect », « confiance », « convivialité ». Sans doute, la production des réseaux s'en trouve améliorée : « Il en résulte une richesse dans les échanges, un regard toujours nouveau sur le sujet qui nous intéresse, et du coup, la capacité de créativité du groupe est optimisée. »⁸

Les réseaux existants sur la Bretagne oscillent sans cesse entre réseaux de coopération et réseaux d'actions. L'échange de ressources est au cœur de la coopération. Annuaire, répertoires, guides sont autant d'outils de référence. Pour améliorer la prévention du suicide, les réseaux ont défini la mise en œuvre de nombreuses actions en direction des professionnels et/ou du grand public : forums, journées d'information, conférences, rencontres citoyennes, guides pratiques constituent les principales actions de sensibilisation. Parmi les actions de prévention, nous pouvons citer les actions de formation au repérage des signes de mal être ainsi que les groupes de régulation des pratiques professionnelles et/ou bénévoles. Si on ajoute à l'ensemble de ces initiatives, la réalisation de diagnostics partagés aboutissant à la mise en place de Points Accueil Ecoute

Jeunes ou Maisons des adolescents, nous pouvons dire que les réseaux tendent à agir sur les comportements individuels, sur l'environnement social et sur l'offre sanitaire et sociale.

Il semble important de continuer à mobiliser tous les acteurs intervenant auprès des publics en souffrance psychique. Il s'agit bien de rassembler professionnels et bénévoles des différents champs pour couvrir l'ensemble de la chaîne de soins et décloisonner les pratiques.

Il semble important de continuer à mobiliser tous les acteurs intervenant auprès des publics en souffrance psychique. Il s'agit bien de rassembler professionnels et bénévoles des différents champs pour couvrir l'ensemble de la chaîne de soins et décloisonner les pratiques.

« Il importe que l'accompagnement des personnes en souffrance soit global et cohérent par les relations existantes entre les différents partenaires »⁹. L'enjeu pour les six réseaux est d'entretenir les conditions nécessaires à leur durée. Ils se sont constitués à partir d'un petit noyau de volontaires réunis autour d'un animateur. Aujourd'hui, ils gagneraient à s'organiser davantage pour perdurer. Cela passe par le renforcement de l'identité professionnelle des réseaux existants, par une meilleure communication interne et externe, par une reconnaissance de l'investissement en temps des professionnels et bénévoles, ainsi que par une réflexion sur la fonction animation des réseaux. Ceux-ci demeurent pour l'heure des réseaux de proximité financés par l'État sur les crédits d'intervention. Sans vouloir en faire absolument des réseaux de santé, une réflexion pourrait être conduite sur la place des usagers dans ces réseaux. Le temps est peut-être venu de soutenir davantage ces réseaux pour leur permettre de poursuivre leur travail voire de l'intensifier. ■

¹ Participants à la démarche régionale d'évaluation : Fabienne Colas, Mutualité Française Bretagne (29) ; Charles Coquelin, CHS Bon Sauveur ; Virginie Dantec, Centre social Ulamir Aulne ; Alain Fesselier, animation territoriale de santé, Pays de Guingamp ; Sylvie Galardon, SOS Amitié, Rennes ; Sandrine Goizet, Mutualité Française Bretagne (35) ; Anne-Marie Guillou, CH Guingamp ; Marc-Elie Huon, unité Anjela Duval, CHU de Brest ; Loïk Jousni, unité Anjela Duval, CHU de Brest ; Anne-Marie Lafargue, Accueil Drogue Info, Centre Hospitalier Etienne Gourmelen (CHEG) ; Frédéric Loussouarn, service de santé publique, Ville de Brest ; Docteur Alain Mevel, équipe de santé publique, DDASS du Finistère ; Jean-Charles Mandart, association hospitalière de Bretagne, Plouguernevel ; Pierre-Marie Neveu, coordination enfance jeunesse, Ville de Landerneau ; Nicolas Rigidel, Mutualité Française Bretagne (56) ; Isabelle Rolland, animation territoriale de santé, Pays Centre Ouest Bretagne ; Jocelyne Sicard Cras, service social en faveur des élèves, Inspection académique du Finistère ; Christine Thuayre, équipe de liaison, CMPI 1 et 2, CHEG

² Collectif « Ensemble Prévenons le Suicide » Ille et Vilaine (CoEPS 35) (1996) : coordination SOS Amitié et Mutualité Française Bretagne ; réseau de prévention du suicide des jeunes de Landerneau (2000) : coordination Mutualité Française Bretagne ; comité permanent de prévention de la souffrance psychique et des phénomènes suicidaires du Bassin de Brest (2001) : coordination CHU de Brest et Ville de Brest ; collectif pour la prévention du suicide et de la souffrance psychique du centre Finistère (2003) : coordination centre social Ulamir Aulne ; réseau de prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires des jeunes sur le pays de Cornouaille (2003) : coordination Mutualité Française Bretagne ; réseau de veille et de vigilance des secteurs de Pontivy et de Locminé (2003) : coordination Mutualité Française Bretagne.

³ Sylvie Galardon, bénévole SOS Amitié, coordinatrice du CoEps 35, administratrice de l'UNPS (Union Nationale Pour la Prévention du Suicide).

⁴ Marc-Elie Huon, psychologue clinicien, responsable de la cellule de prévention des conduites suicidaires, UAMP Anjela Duval, CHU de Brest

⁵ Sabine Hutareck, directrice du centre social de Kermoyan, CCAS de Quimper.

⁶ Nathalie Petit, cadre de santé, EPSM de Saint-Avé

⁷ Pierre-Marie Neveu, coordonnateur enfance jeunesse, ville de Landerneau

⁸ Nathalie Petit

⁹ Virginie Dantec, référente famille, ULAMIR Aulne

Pour en savoir plus, consultez :

Bilan de l'accompagnement à l'évaluation des réseaux de prévention du suicide en Bretagne, PRS Prévenir le suicide en Bretagne / DRASS de Bretagne, Mutualité Française Bretagne. Rennes : DRASS Bretagne, 12/2007. 19 p. + annexes

Prévenir le suicide ?

PHILIPPE LECORPS

PRÉSIDENT D'HONNEUR DU CRES

La vie se représente communément comme un continuum naturel, qui prend sa source à la naissance et s'épuise au grand âge, imagerie relevant d'une acception passablement frivole de la condition humaine. Représentation simpliste qui retient un âge acceptable pour mourir ; d'où la question automatique à l'annonce d'une mort : mais quel âge avait-il ? En accrochant la mort aux vieux, comme attribut légitime, on rend leur mort supportable aux vivants. En revanche et dans le même mouvement, la mort reste scandaleuse et inacceptable pour tout autre.

La mort est irréprésentable

Que peut-on en dire d'ailleurs ? Vladimir Jankélévitch rappelle que la mort échappe à notre maîtrise, comme quelque chose d'absolument inconnaissable, « (...) d'irréprésentable, une expérience qui n'a jamais été faite, que l'on fait pour la première et dernière fois, la première étant aussi la dernière ».¹ La souffrance et la mort ne sont acceptables que comme conséquences de carences dues à l'âge, aux pathologies, aux accidents. Comment supporter alors la mort de ceux qui ne sont ni vieux, ni malades ? Comment le suicide, mort volontaire, peut-il être appréhendé ?

Voilà l'insoutenable ! L'homme entretiendrait un rapport singulier à la vie qui oblige à questionner ce fait qu'il ne désire pas nécessairement vivre ! Le plus fondamental pour lui serait la question du sens de l'exister et la réponse à cette question pourrait le conduire jusqu'à la négation de sa propre vie au nom de valeurs qui la dépassent.

La prévention du suicide en question

Pour l'environnement familial ou amical, le suicide d'un proche est une plaie ouverte et la question reste en suspens : À qui peut-on imputer la faute ? Le pacte qui lie chacun à la vie a été rompu, il doit bien y avoir quelqu'un qui aurait pu, qui aurait dû agir et ne l'a pas fait. Le suicide serait-il la conséquence d'un manque de prévention ?

On comprend cette attente de l'opinion d'une prévention efficace. En revanche on ne peut accepter la représentation de la prévention

comme action collective et toute puissante qui annulerait toute possibilité du suicide considéré comme un mal. Cela supposerait que l'on ait identifié l'ensemble des processus qui mènent à l'exécution du projet et que sur chacun des segments de causalité potentielle on disposât de leviers efficaces pour l'empêcher ! Or il y a une multitude de suicides selon les milieux sociaux, les âges de la vie. Comment les prévenir ? les sciences humaines identifient des facteurs de risques, en revanche elles sont dans l'impossibilité concrète d'anticiper pour nous dire que cette personne singulière va choisir l'acte suicidaire comme geste approprié. En effet, « Jamais on ne disposera de certitude absolue sur les liens réels de causalité entre les variables sociales et macroéconomiques (niveau de richesse, chômage, contexte social et économique...) et le suicide, bref entre le milieu et le suicide. Les corrélations signalent les variations concomitantes, non des chaînes de causalité. »² Le suicide est avant tout un phénomène d'exception provoqué par des forces et des pulsions individuelles.

Une reconnaissance de la valeur personnelle du sujet

Globalement, ce qui protège c'est de jouir d'une place reconnue dans le « monde commun » qui donne sens aux paroles et rend les actes efficaces.³ C'est ainsi qu'on comprend la relative protection des personnes chargées de famille et spécifiquement des femmes. A contrario, les difficultés des jeunes pour s'insérer dans les rapports de parenté, se construire une identité, une place dans le monde du travail ; pour les adultes, le poids du stress au travail, les effets délétères du chômage, la disqualification, la précarisation, sans oublier l'isolement et la solitude du grand âge tous ces signes de non reconnaissance de la valeur personnelle du sujet, créent le terreau favorable aux pensées suicidaires.

La singularité des suicides demande une analyse très fine des processus qui y conduisent. Dans l'après de la tentative, mais aussi du suicide lui-même, on aurait besoin de réaliser auprès des personnes concernées, l'anamnèse du geste, pour tenter de comprendre ce

qui a bien pu se passer. Bien sûr on n'obtiendrait pas de ces « anamnèses psychiques et sociales » le fin mot de l'affaire, en revanche, on identifierait ainsi des éléments sur lesquels une intervention de prévention de la récurrence pourrait s'appuyer.

Plus largement, la prise en charge des souffrances psychiques exige la mise en place de relais de vigilance⁴, d'espaces de parole pour mieux prendre en charge les questions des suicidants et de leurs familles, identifier les filières de recours, améliorer le maillage des professionnels.

Nous sommes tous concernés. Au plan des institutions, offrons-nous les conditions qui permettent le déploiement de la vie ? Au plan relationnel, dans le respect de l'autre, jusqu'où acceptons-nous son rapport à la vie ? ■

¹ Vladimir Jankélévitch, *Penser la mort*, Liana Levi, piccolo, 1994, p.105

² C. Baudelot, R. Establet, *Suicide, l'envers de notre monde*, p.19

³ H. Arendt, *L'impérialisme (1951)*, trad. Martine Leiris, Fayard, 1982, p. 273

⁴ A. Batt, A. Campéon, D. Leguay, P. Lecorps, *Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention*. Encyclopédie Médico Chirurgicale, août 2007.

PROGRAMME REGIONAL DE SANTE : PREVENIR LE SUICIDE EN BRETAGNE 2004 – 2008

Malgré une baisse récente du taux de mortalité due au suicide, la Bretagne reste une région de France fortement marquée par ce phénomène. De ce fait, la prévention du suicide s'inscrit en Bretagne au coeur des priorités de santé publique.

Le programme régional de santé (PRS) 2004 - 2008 consacré à cette priorité met en œuvre de nouvelles orientations, tout en poursuivant les chantiers initiés dans le cadre du premier PRS. Ainsi parmi les pistes à explorer, on retrouve la promotion de la santé mentale, objet d'actions expérimentales menées dans les années 2001- 2004 qui doivent être évaluées et renforcées.

L'objectif général du PRS 2004 - 2008, «réduire l'incidence du suicide en Bretagne», est décliné en objectifs spécifiques et axes d'action :

- renforcer les compétences psychosociales et les facteurs de protection des individus ;

- prévenir le passage à l'acte des individus vulnérables ou en souffrance ;
- prendre en charge les personnes en crise suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide ;
- prendre en charge l'entourage des personnes ayant fait une tentative de suicide ou un suicide ;
- mettre à disposition des acteurs du terrain les outils et méthodes pertinents pour une intervention efficace.

Les actions s'adressent en priorité à des catégories de populations (personnes âgées, personnes détenues, milieux du travail, jeunes) ou des territoires présentant un fort taux de suicide.

La stratégie transversale à tous les axes de travail consiste à inscrire les interventions dans une démarche communautaire, favorisant la participation des citoyens, des acteurs locaux et des décideurs représentant différents champs d'intervention.

Éléments tirés du document : *Programme régional de santé « Prévenir le suicide en Bretagne 2004 – 2008 »*, Synthèse. Rennes : DRASS Bretagne : URCAM Bretagne, 2004. Dernières parutions du PRS : *Référentiel sur la postvention en Bretagne, PRS Prévenir le suicide en Bretagne 2004 - 2008*. Rennes : DRASS Bretagne, 12/2007.

Souffrance mentale, suicide et milieux professionnels : Etat des lieux des ressources en Bretagne et pistes d'action, PRS Prévenir le suicide en Bretagne 2004 - 2008. Rennes : DRASS Bretagne, 12/2007.

ET IMAGES

SÉLECTION RÉALISÉE PAR LE SERVICE DE DOCUMENTATION DU COMITÉ DÉPARTEMENTAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ D'ILLE-ET-VILAINE

PAGES

Epidémiologie du suicide. Données disponibles en Bretagne et en France. ORS Bretagne, 12/2007.

Réalisé dans le cadre de la préparation de la Conférence de Consensus relative à la prévention du suicide, ce document est structuré en trois parties : une rétrospective sur une vingtaine d'années (période 1986-2007) pour situer les travaux fournissant des données statistiques sur le suicide afin de décrire sa répartition dans l'espace et dans le temps ; un état des lieux du suicide en Bretagne compte tenu des données statistiques disponibles en 2007 ; les perspectives de recueil de données.

Formations à la prévention du suicide. Cahier des charges. DRASS Bretagne, 05/2006.

Le PRS «Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008» s'est donné pour objectif d'améliorer l'adéquation entre offre de formation et besoins, et la qualité des formations. Ce document doit permettre d'analyser l'offre de formation ou de la susciter. Il peut aussi aider à la construction de formations. Il présente des principes à respecter en termes d'objectif de la formation, de pédagogie et d'éthique. Des recommandations sont proposées en termes d'ingénierie pédagogique.

La Promotion de la santé mentale en Bretagne. Document de cadrage. CRES Bretagne, 05/2005.

Ce document s'inscrit dans le Programme « Prévention du suicide en Bretagne 2004-2008 ». Il développe une approche plus approfondie de la question de la santé mentale issue d'une analyse de la littérature locale, nationale et internationale d'une part, et d'entretiens menés auprès de décideurs et d'acteurs concernant les actions de promotion de la santé mentale conduites dans la région d'autre part. Le document s'organise en 4 parties : terminologie et référents théoriques ; le champ d'intervention ; mission, responsabilités et compétences des acteurs ; une revue de la littérature confrontée au contexte local et les propositions qui s'en dégagent.

La Promotion de la santé mentale en pratique. CRES Bretagne, 06/2006.

Cet outil propose : une sensibilisation au champ de la promotion de la santé mentale ; de la méthode pour comprendre une situation, mobiliser les acteurs, impliquer la population, réaliser une action, l'évaluer et la partager ; des exemples d'actions menées en Bretagne par des acteurs du social, de l'éducatif, du sanitaire ; des ressources locales pour le montage de projets et leur financement, des coordonnées d'acteurs pour s'inspirer d'expériences locales, des références pour approfondir la question.

Souffrance psychique précarité exclusion : Comment faire ? Analyse des modalités et dispositifs de prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion en Bretagne : enseignements - recommandations - aide à la décision. DRASS Bretagne, 2004.

Ce document qui synthétise les principaux enseignements sur les dispositifs de prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion sociale, permet de concrétiser des outils d'aide à la décision. Il doit servir de cadre à la fois pour les promoteurs et les instructeurs/évaluateurs de tels dispositifs.

Horizon Pluriel est une publication du CRES Bretagne
4 A rue du Bignon, 35000 Rennes

Directeur de la publication : Jeanine Pommier

Rédacteur en chef : Magdalena Sourimant

Comité de rédaction : Isabelle Arhant, Christine Ferron, Thierry Fillaut, Claire Garreau, Philippe Lecorps, Marie Prat, Sonia Vergniory

Conception graphique : Magdalena Sourimant

Horizon pluriel
HORIZON PLURIEL

ISSN 1 638-7090

Paroles d'éducation pour la santé

rendez-vous d'échanges organisés par le CRES Bretagne

séance du 15 novembre 2007

Au-delà de l'alimentation : vers une démarche de promotion de la santé en milieux défavorisés

Éléments clés du débat

Lors de la dernière séance de Paroles d'éducation pour la santé, les participants – acteurs de terrain, décideurs, élus, formateurs – ont été invités à confronter leurs réflexions concernant les actions menées sur le thème de l'alimentation auprès des publics défavorisés.

Dans un premier temps, l'assistance a bénéficié d'un éclairage sociologique sur le sujet. Eric Le Grand, sociologue et consultant en santé publique, a attiré l'attention de l'auditoire sur un jeu de corrélations complexes entre contexte social et santé, entre bien-être et rapport à l'alimentation, entre alimentation et précarité,... Autant d'apports pour alimenter le débat et susciter des questionnements d'ordre conceptuel, mais aussi pratique : Qu'impliquent ces différentes corrélations sur le plan de l'action ?

Plus loin, Michèle Landuren, chargée de projets au CODES du Finistère, s'est saisie de ce questionnement pour apporter des éléments concernant le travail de terrain : sous quelles formes aborder la question de l'alimentation avec des publics défavorisés ? quel travail engager avec les acteurs de terrain, les élus et l'environnement ? enfin, comment mettre en oeuvre une dynamique de promotion de la santé en partant du thème de l'alimentation ?

Les interventions ont fait écho aux expériences propres des participants. Les échanges dans la salle ont pris la forme d'un double débat où deux approches s'entrecroisaient et se complétaient.

L'une d'elles s'est intéressée aux différents facteurs intervenant dans les choix alimentaires des personnes en situation de précarité, pour en arriver à interroger les approches développées face à la vulnérabilité de ce public sur le plan de l'alimentation. Dans ce débat, l'accent a été mis sur la qualité de l'alimentation des publics défavorisés : comment changer les pratiques alimentaires des populations vulnérables ? quelles solutions réalistes peut-on envisager au vu des multiples contraintes qui entravent leurs démarches quotidiennes ? comment renforcer les compétences et ressources propres des personnes pour les outiller face aux tracas de la vie quotidienne ?

L'autre approche a insisté sur les potentialités que représente le thème de l'alimentation pour une démarche de promotion de la santé : en quoi l'alimentation peut-elle constituer un point de départ, un support, pour développer une démarche globale intégrant à la fois les enjeux de l'insertion et de la santé ? Dans ce débat, l'accent a été mis sur le bien-être en tant que finalité centrale des actions développées autour de l'alimentation : en quoi renforcer les compétences et ressources propres des personnes contribue à leur redonner confiance en elles et assurance vis-à-vis des autres ? bref, comment en s'appuyant sur le thème de l'alimentation créer les conditions du bien-être ?

Comprendre et prendre en compte les déterminants des pratiques alimentaires

Quelle est la nature du lien entre la précarité et la vulnérabilité face à l'alimentation ? Y a-t-il une alimentation spécifique des personnes en situation de précarité ? Est-elle une affaire de classe ou de milieu social, d'éducation au goût... ?

C'est possible, mais en termes de prévention, ne serait-il pas plus pertinent de déplacer l'angle d'approche et de reformuler la question de départ : l'alimentation des personnes en situation de précarité n'est-elle pas avant tout fonction des contraintes, particulièrement pesantes dans les milieux défavorisés, telles que les difficultés liées au transport des provisions, le manque d'équipement nécessaire pour transformer

les aliments, les revenus trop modestes pour s'approvisionner en denrées de base ; ou encore fonction de l'intégration des personnes dans leur environnement social, du regard des autres, du regard qu'on porte sur soi-même... ?

L'auditoire a insisté sur les conditions de vie en tant que déterminant majeur des pratiques alimentaires des personnes en situation de précarité ; déterminant pourtant sous-estimé dans les politiques publiques qui renvoient plutôt à l'éducation ou au capital culturel en tant que causes des inégalités sociales de santé, et qui s'orientent essentiellement vers la diffusion de connaissances et de consignes en matière d'alimentation ...

Or, au-delà des connaissances et convictions, il existe une multiplicité de facteurs qui modélisent les comportements alimentaires.



Selon le témoignage de l'un des participants, parmi les aliments restant en stock dans les banques alimentaires, on trouve des quantités importantes de fruits. Est-ce parce que les personnes ayant recours à l'aide alimentaire manquent de « culture de consommation de fruits » ou de notions d'équilibre alimentaire ? Ne faut-il pas s'interroger également sur d'autres raisons possibles, telles que les contraintes liées au transport obligeant les personnes à limiter la quantité des produits emportés et à privilégier les aliments qui procurent davantage une sensation de satiété...

Une action qui vise les objectifs d'une alimentation équilibrée ne peut pas faire abstraction des réalités de vie des personnes. Il s'agit d'en tenir compte et d'aider les personnes à les surmonter en faisant appel à leur savoir-faire : comment faire ses provisions avec un budget restreint ? comment préparer un repas équilibré avec les moyens du bord,....?

Cependant, la vulnérabilité des personnes en situation de précarité face à l'alimentation ne tient pas aux seuls obstacles d'ordre matériel auxquels on peut remédier en apportant des idées et des astuces. Elle est en grande partie le résultat d'un processus de dégradation de l'image de soi et de fragilisation du lien social. L'isolement, la désorganisation de la cellule familiale, se répercutent souvent en un désintérêt vis-à-vis des repas. Dans cette optique, l'atelier cuisine ou l'organisation d'un pique-nique à petit budget ont tout leur sens dans la mesure où ils permettent aux personnes de retrouver l'écoute, le lien avec leur environnement et la confiance en elles-mêmes.

Travailler sur l'estime de soi et le bien-être social des personnes semble être un prérequis pour atteindre les objectifs d'une alimentation équilibrée, tout autant que développer des compétences techniques. Mais, est-ce toujours l'alimentation qui est en jeu ? Est-ce nécessairement l'alimentation qui est au centre des préoccupations des acteurs qui choisissent ce thème pour leurs projets ?

Vers une démarche de promotion de la santé...

L'implication dans une démarche de promotion de la santé incite à penser autrement l'alimentation : plutôt que de la concevoir comme une préoccupation en soi, la considérer comme un support pour travailler l'estime de soi et le lien social, le bien-être global des personnes étant la finalité des interventions en promotion de la santé.

« Développer les capacités à s'exprimer et agir », « redonner l'environnement », « remobiliser les personnes dans un parcours vers les autres et vers elles-mêmes », deviennent alors les leitmotivs, et non seulement des « prérequis », des actions centrées sur le thème de l'alimentation ; actions qui se prêtent à relever le double défi, social et de santé. Par leur dimension sociale, elles contribuent à remobiliser les personnes dans un parcours d'insertion. Tel est l'objectif premier des « ateliers cuisine », des ateliers « découverte des patrimoines culinaires » ou des repas collectifs organisés dans les lieux d'accueil des publics en situation de précarité ; telle est, de même, la finalité de toute démarche visant l'implication des bénéficiaires dans l'organisation de l'aide alimentaire.

Dès lors, les interventions prennent une autre dimension. Il ne s'agit plus de s'en tenir à prendre en compte les réalités de vie des publics fragilisés. La démarche consiste à changer ces réalités, d'agir dessus. Les moyens engagés reflètent les ambitions de ce projet. Une action autour de l'alimentation inscrite dans une démarche de promotion de la santé implique la mobilisation de ressources aussi importantes que diverses :

- acteurs : élus, institutions, acteurs de terrain, habitants, professionnels d'éducation et promotion de la santé,...
- espaces : Centres sociaux, CCAS¹, Maisons de quartier, CLCV², épiceries sociales,...
- dispositifs : PRNS³, conventions hôpital-ville sur l'accès aux soins, programmes de développement durable,...

Les porteurs de projets ont également tout intérêt à associer à leurs actions les acteurs issus d'autres secteurs, susceptibles de lever les difficultés liées par exemple à l'aménagement du territoire et faisant obstacle à certaines démarches de la vie quotidienne.

Le défi consiste à identifier les ressources existantes et à les mettre au service de l'action. Il relève notamment de la mission des animateurs territoriaux de santé. Mais au-delà des initiatives développées dans le cadre des programmes territoriaux de santé, nombre de projets prennent appui sur l'« alimentation ». La recherche d'articulations devient alors l'ambition de tout porteur de projet conscient de la potentialité de ce thème prometteur d'alliances et collaborations nouvelles, et désireux de mettre en place une démarche globale de santé. Elle est une condition de la qualité du service rendu à la population, concluent les participants à la rencontre. ■

MAGDALENA SOURIMANT
CHARGÉE DE COMMUNICATION, CRES BRETAGNE

¹ Centre communal d'action sociale

² Consommation, logement et cadre de vie

³ Programme Régional Nutrition Santé

Pour en savoir plus, consultez le dossier documentaire proposé aux participants à la rencontre :

Au-delà de l'alimentation : vers une démarche de promotion de la santé en milieux défavorisés : Accompagnement documentaire. CODES Finistère, novembre 2007.

Disponible sur <http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/PS-alimentation-dossier.pdf> Consulté le 29/01/2008

...et les résultats de la dernière étude ABENA :

Comportements alimentaires et situations de pauvreté : Aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France / C. CESAR. Saint-Maurice : InVS, novembre 2007, 103 p.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2007/abena2_2007/index.html> Consulté le 29/01/2008

