

# Santé communautaire ou approche participative en santé?

## De quoi s'agit-il sur le fond ?

**Tout au long des sessions de formation engagées avec les équipes de prévention du département du Rhône, le concept de santé communautaire a été le mot clé de nos questionnements et de nos échanges.**

**Normal, dirions-nous, puisque c'était là l'intitulé des formations proposées. Plus original est le fait que cela ait été l'expression de la demande institutionnelle. Significatif surtout dans la mesure où il y avait aussi une forte attente des équipes professionnelles.**

## Comment comprendre cela ?

Un effet de mode ? La recherche d'une alternative à des pratiques professionnelles de plus en plus inopérantes ? La quête d'un cadre conceptuel plus approprié que ceux offerts par la santé publique dans ses expressions « classiques » ? Un nouveau courant d'idées et de pratiques ?

Il nous semblait important de comprendre ce qui se joue derrière tous ces aspects sans parti pris étroit ni un quelconque prosélytisme. Et dans le même temps, de restituer les questionnements essentiels et les éléments de réponses introduits tout au long des échanges sans qu'il nous soit permis d'affirmer aucune certitude, encore moins de proposer des voies tout indiquées.

D'emblée nous nous sommes attachés à la mise en avant du terme d'approche communautaire ou participative en santé plutôt qu'admettre a priori le concept de santé communautaire. Ce parti pris vise à insister non sur le qualificatif autour du concept de santé mais plus sur l'approche que nous comprenons comme une façon de faire et de penser.

Ceci étant, cette préférence ne peut occulter ni ignorer l'expression d'un courant d'idées et de pratiques qui se réclame depuis quelques années en France de « la santé communautaire » avec d'ailleurs beaucoup de malentendus sur les contenus, et de controverses entre partisans et réticents.

Ce qui nous paraît fondamental sur le fond, c'est moins la question de la « bannière » que la compréhension des idées émergentes dont principalement celle qui consiste à travailler « avec » et non pas seulement « pour » les gens.

## Pourquoi l'émergence de cette approche ?

Le terme de santé communautaire est revendiqué de plus en plus dans le champ du travail social et de la santé publique en France après l'avoir été entre autres au Québec et en Belgique par tout un courant d'actions et de pensée et bien avant sous d'autres cieux et dans d'autres contrées (Angleterre, Afrique, Asie, les Amériques).

### *D'abord et avant tout sous la pression de la question sociale*

La question sociale, dans ses expressions des deux dernières décennies, a confronté les professionnels des pays développés aux limites du modèle de développement inégalitaire. La persistance, voire l'aggravation des inégalités sociales malgré des progrès indéniables sur tous les plans, a révélé en particulier dans les années 90 en France des problèmes de santé<sup>(1)</sup>, pour certains inattendus, pour d'autres considérés comme révolus.

Les limites voire les failles et les contradictions du modèle de développement socio-économique ont mis en difficulté les modèles sanitaires prévalant et ont nourri, de fait, la recherche de modèles alternatifs.

L'irruption de la question sociale a de nouveau bouleversé les dogmes et surtout la nature des rapports établis entre professionnels, institutions et personnes.

Le concept de « **santé communautaire** », plus connu sous d'autres cieux et plus familier dans quelques sphères universitaires et professionnelles, est ainsi apparu comme la recherche ou l'expression d'une autre voie pour comprendre et résoudre tout particulièrement les problèmes de santé engendrés par les inégalités sociales, la précarité et l'exclusion. Il a été aussi mûri par l'exigence démocratique qui rend de plus en plus incontournable la prise en compte du besoin des gens d'être plus impliqués dans ce qui concerne leur vie et a fortiori leur santé. Dans le même temps, l'inflation des coûts et des dépenses de santé ainsi que les pressions sur les dépenses publiques ont tenté des pouvoirs et des institutions à l'idée de faire participer les gens dans une vision sur le fond assez utilitariste. Faute de ressources mieux réparties, les pouvoirs publics et certaines organisations internationales ont été tentés par la mobilisation des potentiels des gens comme une ressource palliative.

Il serait bien angélique d'ignorer cette **ambivalence** sans laquelle on ne saurait comprendre ce qui peut attirer dans un tel courant d'idées comme ce qui a pu nourrir des réserves voire des hostilités. Sans compter les malentendus et la charge culturelle et sociale du terme même de communautaire en particulier dans le contexte socioculturel et politique français.

14

(1) *La Santé en France*, rapport du Haut Comité de Santé publique, 1994

## *Une nouvelle intelligence de l'humain*

En effet, peut-on se résoudre à considérer les personnes comme des ressources même affublées du qualificatif de ressources humaines ou communautaires? Les considérer comme n'importe quelle ressource ne revient-il pas à en avoir une vision réductrice? Cela ne revient-il pas à leur dénier tout rôle de sujet et à vouloir ainsi les confiner dans une place d'objet?

L'information, la consultation, la prise en compte des avis des gens, ne sont-elles pas autant de conditions à leur adhésion et à leur implication à une activité et/ou à un programme?

Toute leur vie, ils ont de plus accumulé des expériences multiples, des acquis de tous ordres, des avatars et surtout des potentiels et des compétences multiples. Au-delà d'une appréciation quantitative ou qualitative, il importe d'abord de comprendre que leur histoire est d'abord pleine de ces acquis et façonnée par ceux-ci. Ils sont et/ou peuvent être amenés à les exploiter peu ou prou, pour eux-mêmes comme pour les autres.

Ce n'est pas seulement la nature et le niveau de mobilisation de ces ressources qui importent mais bien le sens, l'utilité de cet effort et plus fondamentalement leur place et leur rôle. Une place et un rôle d'humain c'est-à-dire de sujet guidé par une conscience, une volonté et des désirs.

La place et le rôle de leur volonté, de leur créativité ne sont-ils pas les fondements mêmes de leur dimension humaine?

Ne sommes-nous pas sur le fond devant la montée de nouvelles exigences? Celle des gens d'être partie prenante dans ce qui concerne leur vie, et donc leur corps, leur santé, leur histoire. Une exigence nourrie par les progrès culturels et démocratiques. Une exigence qui implique forcément une évolution des pratiques professionnelles et qui ne se satisfait plus des fonctions traditionnelles, des compétences cloisonnées et des référentiels habituels.

Partant de là, nous avons travaillé sur les conditions et les modalités susceptibles de permettre une réorganisation des rapports humains et sociaux de manière à faciliter l'expression et la prise en compte des compétences des principaux concernés.

## Peut-on s'entendre sur les termes ?

Qu'est-ce qui se joue derrière les définitions et les controverses ? L'entendement non pas au sens d'une pensée commune, de consensus trop rapidement négociés mais d'une compréhension partagée des termes du débat. En particulier des concepts de santé, de communauté, de participation, de santé communautaire et d'approche communautaire en santé.

### SANTÉ

*« La santé, cette couronne invisible sur la tête des bien-portants que seuls voient les malades. »*

*Proverbe arabe*

Il y a les définitions édictées par des auteurs et celles de tout un chacun au quotidien. Comme il y a les points de vue des experts, des institutions mais aussi ceux des gens. À les regarder de près, on s'aperçoit très vite que les contenus ne sont pas convergents et qu'ils sont variables d'ailleurs selon les époques et les latitudes.

Nous situant dans le champ qui ne peut qu'être attentif à toutes ces sources, nous voudrions en saisir les apports et les limites pour comprendre la myriade de sens, les évolutions et les tendances. Nous y décelons tout au moins trois caractéristiques :

- **un décalage de sens ;**
- **l'émergence de la dimension subjective ;**
- **une plus grande prise en compte des déterminants.**

Ces trois éléments sont parmi ceux qui agitent de manière souvent passionnée le concept le plus familier et le plus visité non seulement de notre champ professionnel mais aussi de notre vécu quotidien.

### *Le décalage de sens*

Il est frappant de noter d'emblée que le sens commun attribue à la notion de santé une acception plus large que celle donnée ou entendue par les professionnels. Pour la plupart des gens, santé signifie naturellement non seulement absence de maladie mais bien plus, autonomie, sensation de « bonne forme physique, psychique et sociale ». Cette vision du bon sens commun inclut tout aussi naturellement le niveau de revenu, le statut social et ce qu'ils procurent comme sentiment d'appartenance à un réseau ou à une catégorie sociale.

Pour nombre de professionnels, le terme de santé reste lié à la maladie et surtout aux services de soins et de prévention. Cette conception centrée sur le corps, la

maladie et la mort, a sa place. Elle a été et est encore suffisamment portée par la vision biomédicale et le système de soins. Même dans les esprits et les discours les plus ouverts, le noyau pathologique reste présent fût-ce derrière d'abondantes et généreuses références à la santé positive.

Notre collègue tunisien Moncef Marzouki, ne s'y trompe pas quand il souligne dans sa communication à la Conférence mondiale d'Éducation et de Promotion de la Santé que « ... la plus permanente des constantes des définitions est l'incapacité de détacher la santé de la pathologie. Pourtant on s'y essaye, mais cela ne semble jamais marcher. Les médecins ont toujours su que la santé n'est pas la simple absence de maladie, qui n'en est que le raté ou l'entrave. Mais leur approche de la santé reste toujours « polluée » par la maladie, même quand ils semblent s'en éloigner le plus. L'analyse de la fameuse définition de l'OMS montre comment on va essayer de se débarrasser de la pathologie, mais comment cette dernière reste le modèle implicite et incontournable. L'origine de la gêne, des douleurs ou du handicap, donc du mal-être physique, est la maladie. Son absence entraîne ipso facto le contraire c'est-à-dire le bien-être. Il suffit maintenant d'étendre cette absence de mal-être au domaine psychique et social et de le magnifier en le rendant complet et le tour est joué. La tentative de dissociation de la santé de la maladie n'a été qu'une opération de retournement et d'enfouissement du noyau pathologique. »<sup>(2)</sup>

Il n'y a qu'à être attentif au nombre de fois où la définition donnée en 1946 par l'OMS – un état de complet bien-être physique, mental et social – est citée par d'éminents spécialistes pour se convaincre de la persistance de la vision biomédicale même parée d'une vision globale ! Certes ce basculement globalisant traduisait une vaste aspiration de progrès d'ensemble et de ruptures, bien compréhensibles après une guerre mondiale dévastatrice.

« ... Mais le complet bien être physique, psychique et social, cher à l'OMS, ne peut être obtenu par le seul accès à des bons services de santé. Pour le législateur universel l'épanouissement de l'être humain nécessite la pleine satisfaction simultanée de besoins physiques, politiques, sociaux et culturels. Ainsi, promouvoir la santé revient ici à promouvoir les déterminants qui rendent cet épanouissement possible. Cela ne peut signifier rien d'autre si l'on veut aller au bout de la logique de l'intervention, qu'on appellera ici engagement, que de militer pour ces déterminants donc devenir un militant des droits de l'homme - et pour le premier d'entre eux : la dignité... »

L'épreuve des réalités, depuis, ne devrait-elle pas nous interroger sur les limites de l'idéalisme inconséquent et nous amener à des définitions tout aussi généreuses mais de préférence plus réalistes et surtout opérationnelles ? Sauf à se nourrir de grandes illusions pour ne pas se donner les moyens de réels changements ? Bien plus, souligne plus loin Moncef Marzouki, ce décalage est encore plus pro-

(2) Moncef Marzouki,  
*La Promotion  
de la santé :  
une affaire de médecins  
ou de citoyens ?*  
Allocution adressée  
à la 17<sup>e</sup> Conférence  
mondiale de Promotion  
de la Santé  
et d'Éducation  
pour la santé,  
Paris, juillet 2001.

fond quant à la finalité de la santé « ... c'est au niveau d'un tel discours qu'on voit le hiatus dans le même esprit entre le discours du médecin, dévolu à faire vivre les gens le plus longtemps possible indépendamment du contenu de cette vie, et celui du citoyen qui affirme sans ambages, qu'il préfère une vie courte et digne à une vie longue et soumise... »

### ***L'émergence de la dimension subjective***

Comprendre qu'un état de santé c'est aussi un vécu, une perception, des croyances, des représentations et pas seulement des connaissances de type rationnel ou des scores de performance physique ou mentale, est une idée travaillée depuis longtemps par les sciences sociales et humaines. Dans le même temps, et aujourd'hui encore, cette conception reste insuffisamment partagée dans le monde médical voire celui de la santé publique.

On commence à peine à soupçonner le poids, l'importance et l'intrication<sup>(3)</sup> du vécu dans une histoire à la fois singulière et sociale.

Ces dernières années tout particulièrement, nous découvrons ou plus précisément redécouvrons, la dimension subjective où interviennent les attitudes psychologiques, les habitudes culturelles, les identités, les symboles, les valeurs et les représentations...

Les nouvelles conceptions et perspectives de la santé publique nous font mieux comprendre à quel point la diversité des parcours de la vie, tels que le métier, la famille, le niveau socio-économique mais aussi le degré d'estime de soi et tant d'autres aspects, autrement dit toute la construction sociale des individus, ont une influence sur la santé. La dimension subjective est enfin entrevue et, de plus en plus, prise en compte par des professionnels et des milieux jusque-là encombrés et obsédés par la dimension organique surtout, mentale un peu et sociale pour certains.

### ***Une plus grande prise en compte des déterminants***

Autour de la question des déterminants, le débat est, là aussi, intense et multiple. Ne vit-on pas le passage à une double compréhension : du mono factoriel vers le pluri-factoriel d'une part; d'une causalité linéaire vers un faisceau de causalité aux interactions complexes d'autre part ?

Plutôt normal et de bon signe tant il est vrai que la santé est une résultante d'une histoire certes singulière mais d'une histoire insérée dans un lieu, un temps et non pas isolée comme le présentent si souvent les tenants d'une approche individualiste désincarnée comme si l'individu était un extra terrestre sans lieu, sans milieu et sans époque.

« ... Nous connaissons les déterminants de la santé pour plus et mieux vivre. Ce sont les déterminants classiques qui servent à satisfaire les besoins physiques et

(3) Marc Renaud  
et Louise Bouchard,  
*Pour un nouveau  
paradigme de la santé,  
in Inégalités,  
santé, exclusion.*  
Revue Prévenir n° 28,  
1<sup>er</sup> semestre 1995.

psychologiques des personnes et des populations. Mais quels seraient les déterminants pour plus et mieux créer ?

Il faut revenir ici aux autres facettes de la santé que le médecin entrevoit à peine. Nous avons vu que, dans la perspective macroscopique, la santé est une richesse collective, un enjeu politique, une valeur culturelle, et surtout l'un des droits fondamentaux de l'homme. En schématisant très fort, on pourrait dire que le médecin ne peut ni ne doit transcender la pathologie, parce que son rôle est de restaurer la santé et de la protéger par le savoir médical de la clinique et de la prévention. Mais s'il veut aller jusqu'au bout de sa mission, à savoir promouvoir la santé, il lui faut faire un saut sans palier pour être projeté dans une dimension d'engagement politique et social. Le médecin-citoyen va favoriser l'émergence des conditions de ce palier supérieur de la santé qui est plus et mieux créer. Mieux, il va devenir lui-même partie intégrante du processus... »<sup>(2)</sup>

### ***Pour une nouvelle approche du concept de santé***

Nous savons de plus en plus que la santé n'est pas un état figé mais un processus qui va de l'expérience de la maladie jusqu'à la mort en passant par la souffrance, l'invalidité et la dépendance mais aussi des états fonctionnels, voire des sensations de bien être dans son corps et sa tête, et tant d'autres moments de la vie. Si la maladie est un accident, la santé est ce long parcours de la vie avec ses hauts et ses bas dans un continuum entremêlé.

Il n'y pas la maladie d'un côté et la santé de l'autre, mais un parcours de vie qui est jalonné en même temps par des épisodes de souffrance, des incapacités, des gênes mais aussi des joies, des plaisirs, des désirs, des libertés à travers son corps comme dans sa tête et cela chez la même personne.

D'où la notion d'équilibre, de compromis conquis au quotidien que certains auteurs – peu nombreux et peu cités en définitive – définissent comme la santé. C'est pourtant une telle approche qui traduit le vécu individuel et social le plus courant et probablement le plus constructif.

La santé ne serait-elle pas un vécu, une capacité à utiliser au mieux ses potentialités, ses difficultés et ses conflits dans des environnements que l'homme tente de maîtriser pour y vivre avec les autres, se sentir utile, aimé, soutenu et créatif ? En somme, une affaire intime et singulière dans une histoire collective et sociale.

« ... Et si nous considérons la santé, non dans ses modalités (la capacité de rétablir en permanence des équilibres menacés dans un environnement instable et dangereux), mais dans ses objectifs ultimes ?

Certes vivre le plus longtemps possible est le plus fondamental de ces objectifs, mais ne serait-ce pas là plutôt le moyen qui tente de donner toutes ses chances à quelque chose de plus important ? Nous savons tous intuitivement que nous ne vivons pas seulement pour nous-mêmes, mais pour transmettre la vie, la servir

et lui ajouter un plus si possible. Ainsi, une personne ou un peuple qui ne vivent que pour vivre le plus longtemps sans rien ajouter à la vie, ne représentent peut-être pas la réussite de la santé, mais son échec relatif.

Quel meilleur critère pouvons-nous trouver pour signer la réussite de la vie que l'explosion de la créativité? Cette créativité est le signe ultime de la plus formidable des santés. Or elle peut fort bien s'accommoder de la souffrance psychique et du handicap physique. Que l'on songe à la santé d'un Beethoven, d'un Dostoïevski, d'un Van Gogh, créant de la beauté, en dépit et au travers de la maladie, pour mesurer la dérive de la pensée du citoyen par rapport à celle du professionnel. Dans ces frontières ultimes du concept, il est clair que la promotion de la santé n'a plus rien à faire ni avec la médecine, ni même avec la politique. Elle se situe au-delà de tous les déterminants connus ou inconnus pour épouser les contours mystérieux d'un projet qui nous dépasse.»<sup>(2)</sup>

## COMMUNAUTÉ

Faut-il rappeler que le terme de communauté connaît des acceptions différentes selon les pays, et que la traduction du terme « community » amène à une diversité d'interprétations.

« Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes (y compris en matière de santé). »<sup>(4)</sup>

M. Manciaux et J.-P. Deschamps nous proposent une autre définition « groupe dont les membres, en contact direct les uns avec les autres, ont fondamentalement les mêmes intérêts et les mêmes aspirations, et sont liés par des valeurs et des objectifs communs. [...] Le terme de « communauté » tend à remplacer celui de « collectivité » dans les aspects liés à la santé publique. »

Nous pouvons d'ores et déjà remarquer que cette définition occulte tout élément de différenciation qui caractérise même les groupes aux intérêts convergents. Cette vision idyllique de la communauté est fortement nuancée par Le Boterf qui rappelle que « le terme même de communauté fait référence à un ensemble d'individus relativement homogène. Il occulte par le fait même, la différenciation sociale interne, la position des groupes, voire les relations conflictuelles existant entre ces derniers. Dans les communautés villageoises, les voisins sont souvent rivaux. Il masque les intérêts opposés qui existent entre les groupes sociaux du fait même des positions différentes qu'ils occupent dans le processus de production. »

Michel Bass<sup>(5)</sup> fait une classification schématique des trois types de « communautaire » coexistant dans les discours de santé communautaire :

<sup>(4)</sup> OMS/UNICEF, Alma Ata, 1978 (34)

<sup>(5)</sup> Michel Bass, *Promouvoir la santé*, Éditions l'Harmattan, Paris 1994



- une idée socio-démographique de la communauté : groupe de population décrit par des propriétés communes (âge, sexe, catégories sociales, habitat, lieu de résidence, etc.);
- une idée ethnique et culturelle de la communauté : les populations sont décrites par leur appartenance à une culture, une ethnie, voire une religion. Cette acception a déjà montré ses limites (voir par exemple les phénomènes de ghetto);
- une idée de communautaire qui se définit par des réseaux multiples de solidarité, formels ou informels. L'approche communautaire est ici celle qui tend à renforcer ces réseaux sans s'y substituer.

D'une revue plus systématique de différents auteurs, nous voyons ainsi qu'un premier type de définitions tourne autour de l'idée qu'une communauté serait un groupe de personnes liées à des degrés variables par des caractéristiques communes (territoriales, économiques, sociales, culturelles). C'est l'existence d'un lien en commun qui fonderait une communauté.

Un autre groupe de définitions met plutôt en avant la nature des relations que des individus établissent entre eux à titre définitif ou transitoire pour engager des changements...

Pour notre part, nous proposons de retenir à la fois cette notion de caractéristiques communes et celle des relations particulières qu'un ensemble de personnes peut nouer à un moment et en un lieu donnés.

Ceci étant, nous ne pouvons ignorer les objections contre ce terme. La communauté occulte la dimension citoyenne et peut déboucher sur un communautarisme avec tous les travers qui en découlent dont le repli identitaire et les manifestations qui l'accompagnent. La notion d'individualité (liberté et responsabilité de chaque être), ainsi que celle d'égalité sont noyées dans un collectif dont on ne voit pas les rapports qui relient les personnes qui le composent et qu'on imagine facilement bien trop monolithique pour être réel ou de ce monde.

Certes le terme de citoyenneté a vibré et continue à dire un certain nombre de valeurs. Mais les réalités au quotidien ont nourri des désillusions et bien des scepticismes. Une velléité de substitution par le terme de communauté n'est pas plus rassurante.

## PARTICIPATION

On entend communément par le terme de participation appliqué au champ de la santé, les processus à travers lesquels les individus et les familles prennent en main leur propre santé ou celle des groupes et/ou communautés auxquels ils s'identifient. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être les acteurs de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs.

*Cette vision généreuse et quelque peu idyllique rencontre plusieurs objections.*

- La première d'entre elles bute sur **le caractère inapproprié du terme** lui-même dans le contexte français où son usage socio-politique après guerre visait à contenir le caractère revendicatif des salariés dans les entreprises dans un mode de gestion largement dénoncé depuis par les partenaires sociaux (la fameuse campagne de cogestion participative lancée dans les entreprises sans compter la vague des cercles de qualité).

- La deuxième objection est liée au **caractère centralisateur** qui a accompagné l'édification des systèmes économiques et des états nationaux en Europe.

« Les systèmes publics européens sont très largement des systèmes sociaux verticaux, avec une gestion et un leadership de type direction et contrôle.

Les problèmes contemporains requièrent (pourquoi seulement maintenant?) des approches horizontales à travers différents systèmes verticaux; des organisations virtuelles construites en collaboration et traversant ces systèmes, et fondées en priorité sur le travail en réseau et la confiance. Le réseau s'oppose aux modèles hiérarchiques aussi bien qu'au modèle de marchés.

Le modèle implique le déplacement du concept de pouvoir vers celui d'autorité, laquelle est basée sur la connaissance et la sagesse reconnues.

Ceci implique de rediriger le travail moins vers des structures institutionnelles et des politiques formelles que vers des modes d'organisations sociales inter institutionnelles incluant les relations informelles et animées par des professionnels compétents en négociations et coopérations. »<sup>(6)</sup>

La participation est toujours politique, c'est la rencontre des acteurs, de leurs intérêts, de leur idéologie. Celle-ci peut être de type convergent comme elle peut se situer dans le conflit.

<sup>(6)</sup> Omar Bixi,  
J.-A. Bury,  
*Questions autour  
de la promotion  
de la santé.*

Texte introductif  
au 1<sup>er</sup> cours  
international  
francophone  
de promotion  
de la santé,

Montréal, juin 1999.

## ***Le questionnement qui a émergé durant les séances de formation***

### **Qui revendique la participation ?**

Les gens, les professionnels, les institutionnels, les politiques ?

Cette question est intéressante pour situer le niveau d'initiative et pour mieux comprendre les motivations et la maturité des uns et des autres. Il est clair qu'une démarche participative initiée par des professionnels peut se heurter à une indifférence des habitants si leurs préoccupations ou leur disponibilité sont ailleurs. Il importe, dans ce cas, de ne rien édicter en place et lieu des concernés et de se soucier de résorber le décalage sans a priori de « qui a raison ou pas ».

### **Comment les gens sont-ils désignés, nommés, positionnés ?**

Malades, patients, usagers, clients, habitants, citoyens... ?

Les mots ont leur sens. Voilà un choix sur lequel nous nous garderons de trancher sauf à rappeler qu'on ne peut faire usage de l'un de ces termes sans qu'il traduise consciemment ou non un rôle attribué ou occupé. Peut-être que la réalité recoupe tous ces rôles à la fois et qu'il ne faut pas confondre selon les places et les rôles en fonction des situations.

Ce qui importe sur le fond, au-delà des termes, c'est d'être au clair avec la place et le rôle que l'on reconnaît aux gens selon leurs propres choix : celui de témoins, de relais, d'acteurs, d'alliés et ce en fonction des situations concrètes.

Et ceux qui ne sont nulle part ?

Cette expression est redoutable tant il est vrai qu'on ne peut être nulle part sauf à ne pas exister sur cette terre ou alors la formule est trop éloquente ! Elle n'est pas non plus entièrement fautive dans la mesure où l'aggravation des inégalités et de la précarité a rejeté un nombre important de personnes en dehors de tout cadre d'existence reconnu, et même de tout dispositif assistantiel. Ils n'en existent pas moins !

Dans des situations pareilles, peut-être que la question essentielle est moins de savoir où ils sont, que de ne pas admettre une telle exclusion. Et surtout d'avoir la lucidité de nos limites, et d'abord d'admettre que la réponse n'est plus de l'ordre du médical ou de la santé, encore moins d'une modalité d'implication, mais bien d'une profonde injustice dont il faut renvoyer la solution à ses auteurs et de situer alors le combat au-delà du champ professionnel. La participation ne consiste-t-elle pas à permettre que les droits humains élémentaires et réels soient accessibles à toutes et tous ? La dignité, la liberté, la sécurité matérielle sont parmi les premiers de ces droits.