

ANALYSER LES BESOINS DE SANTE DANS UN TERRITOIRE Michel BASS, 25 mars 2001

1- Le besoin de crèche n'existe pas.

Sous cet aphorisme se cache une problématique centrale de la question des besoins en santé publique.

Nous constatons en effet, pour poursuivre cet exemple, que nombre d'enquêtes « de besoin » font apparaître le fait que les parents d'enfants en âge préscolaire sont *demandeurs* d'une place en crèche.

En y réfléchissant de plus près, que demandent les parents ? Ils demandent à faire garder leur enfant, car ils ont des besoins, liés en particulier, mais pas seulement, à leur travail. Comment en effet aller à son travail quand on a de jeunes enfants, dans le contexte actuel de la vie familiale et sociale ?

Pourquoi demandent-ils une place en crèche ? Pour deux raisons essentielles :

- Les crèches existent.
- Elle ont réussi à se créer une image positive dans l'imaginaire social (la crèche c'est mieux, il y a des professionnels formés, des activités, une socialisation par le collectif, et une bonne « préparation » à l'école).

Ainsi la réponse, *l'offre*, prédétermine la *demande*. La demande est conditionnée par la perception, les représentations, les conceptions que les parents comme les professionnels se font de la « meilleure » réponse à leurs besoins. On dit dans ce cas que la demande est « sophistiquée »

La réponse « crèche » correspond-elle aux *besoins* des parents ? Rien n'est moins sûr. Mais dans la mesure où la demande est conforme aux attentes des professionnels, la demande prend la signification suivante pour les professionnels : c'est l'expression objective des besoins des gens.

Mais nul ne peut dire que c'est d'une place en crèche que les parents ont « réellement » besoin. Surtout quand on s'aperçoit d'une certaine rigidité organisationnelle de l'offre crèche en matière d'horaires, d'accueil d'enfants malades, etc.

Autrement dit, la crèche n'est qu'une réponse possible à un besoin qu'il conviendrait d'analyser plus finement. On n'a pas besoin d'une place en crèche, mais de faire garder son enfant dans des conditions que l'on souhaite les plus adaptées possibles.

Adaptées signifie proche des besoins tant des parents que des enfants. Mais d'abord des parents. Ceci est parfois difficile à entendre pour des professionnels de la petite enfance qui pensent, souvent, à la place des parents, voire contre eux, les besoins de l'enfant. S'il y a divergence, les parents ne sont pas toujours considérés comme « compétents » pour déterminer leurs besoins, et surtout les besoins de leur enfant. Les besoins de l'enfant sont souvent considérés comme une affaire de spécialiste, et les parents ne s'en préoccupent pas assez. Comme ce serait la crèche (ou tout autre mode de garde officiel, peu importe) qui répondrait le mieux aux besoins de l'enfant, la seule bonne demande est une demande conforme, qui prouve que les parents se soucient sincèrement de leur enfant. « Avoir besoin d'une place en crèche » équivaut à exprimer une demande conforme à l'offre crèche. Ainsi, seraient exprimés les *vrais* besoins. En tout état de cause, il serait absurde d'exprimer une demande à quelqu'un qui n'a rien à proposer en réponse.

L'idée introductive que « le besoin de crèche n'existe pas » n'est là que pour rappeler la chose suivante : le fonctionnement des institutions, et les démarches et méthodologies des professionnels ont du mal à observer, écouter et entendre la dimension des besoins des gens. Pour la bonne raison qu'une écoute fine, présupposant réciprocité et confrontation entre les points de vue, aboutirait à des remises

en question des pratiques professionnelles, des adaptations de ces pratiques, bref une souplesse qui, dans la plupart des cas, n'existe pas vraiment aujourd'hui.

2- Ce raisonnement est généralisable, et entraîne quelques conséquences méthodologiques

Dans la mesure où la demande est considérée comme « l'expression objective » des besoins de la population, que se passe-t-il si la demande ne correspond pas à l'offre, aux modes d'agir des professionnels ?

Prenons un autre exemple : l'accueil des toxicomanes dans les centres spécialisés de soins. Jusqu'à une période récente (le milieu des années 90), les spécialistes (les professionnels) de la toxicomanie avaient une idée en tête, une conception de la toxicomanie : c'est l'usage de produits qui constituerait le problème de la toxicomanie. Beaucoup de grands noms et de théories avaient sous-tendu cette conception. Les spécialistes avaient conçu leur offre de soins à l'aune de leurs conceptions : si le produit est la cause de la toxicomanie, alors soigner un toxicomane équivaut à supprimer la prise de produits toxiques, c'est à dire à faire des sevrages.

Un toxicomane qui arrivait dans un centre spécialisé savait donc explicitement ou implicitement que venir là équivaut à se lancer à plus ou moins brève échéance dans une démarche de sevrage. Son *besoin*, déterminé par les experts, était de se sevrer. L'*offre* était le sevrage. La *demande exprimée* par les toxicomanes ne pouvait donc pas être : aidez moi à réduire mes risques. Cela n'aurait pas été entendu. Ce n'était pas entendu. La non écoute était théorisée, laissait la place à une *méthodologie* : le travail sur la demande. « Réfléchissez et revenez quand votre demande sera claire », c'est à dire quand vous serez capables de demander un sevrage (et vraiment convaincu que tel est votre besoin). Pour ne pas être rejeté, mieux valait donc exprimer *la bonne demande* tout de suite. « la drogue, c'est une merde, aidez moi à m'en sortir » était le mode d'expression privilégié de la demande qui s'adaptait à l'offre.

Le *travail sur la demande* signifie conduire la personne à *adapter sa demande à l'offre qui est le reflet de ses besoins, analysés comme tels par des gens qui savent mieux qu'elle*. Le résultat a été à la hauteur de l'impasse méthodologique : une très grande majorité de toxicomanes rechutaient après chaque épisode institutionnalisé de cure et de post cure, sans parler de la catastrophe sanitaire en matière de SIDA et d'hépatite C. Les besoins des toxicomanes n'étaient jamais vraiment entendus. N'étaient considérés comme légitimes que les demandes correspondant à l'offre, c'est à dire à ce que les professionnels considèrent comme la réponse à leurs vrais besoins.

Il n'y avait pas d'espace d'expression et de négociation : soit la demande était conforme et on s'occupait de la personne en demande, soit la demande n'était pas conforme et le demandeur devait retravailler sa demande, c'est à dire *prendre conscience de ses besoins*.

La demande est ainsi trop souvent provoquée par l'offre, l'expression des besoins occultée, l'offre construite sur l'analyse de ce que les professionnels imaginent des besoins des gens.

Cela correspond malheureusement au rêve des professionnels de santé publique : « *que les besoins qu'ils identifient deviennent des demandes* »¹.

L'offre est en effet construite sur une analyse a priori des besoins des gens, analyse reposant sur des théories expertes (puériculture, pédiatrie, médecine, psychologie). Les gens, ne maîtrisant pas ces disciplines, seraient dans l'incapacité de penser leurs besoins par eux-mêmes. Ce qu'ils expriment ne devrait pas être pris au pied de la lettre, car *on ne peut pas répondre à toutes les demandes* (individuelles), considérées comme peu cohérentes et peu pertinentes (« *ça part dans tous les sens* »). Les professionnels étant détenteurs de connaissances avérées (= savoirs rationnels scientifiques), leur rôle serait de transmettre, d'informer, de faire prendre conscience (les gens) du décalage existant entre

¹ T.BERCHE, anthropologie et santé publique en pays Dogon, APAD KARTHALA 1998, p. 84.

ce qu'ils souhaitent et expriment dans leurs demandes (en partie illégitime) et leurs « besoins » (identifiés par les professionnels).

Parfois, les connaissances expertes des professionnels se révèlent insuffisantes, assavoir ces connaissances ne suffisent pas à résoudre les problèmes tels qu'ils apparaissent dans le champ de compétence des pratiques professionnelles. Dans ces circonstances, le réflexe est parfois d'ouvrir le champ d'expertise à d'autres experts dans d'autres disciplines, comme par exemple l'anthropologie. Cette ouverture n'est certes pas à dénigrer. Mais elle est forcément limitée² : les besoins des gens relèvent autant d'une expertise sur les problèmes et leurs facteurs déterminant que de la perception et des représentations qu'en ont les principaux intéressés.

Dans cette acception, aucune expertise, et heureusement, ne peut être totale, sauf à devenir totalitaire et s'imposer aux gens, au nom de leur bien, pour leur bien, voire contre eux. Tout le monde a présent à l'esprit ce qu'un hyper rationalisme peut provoquer quand il oublie la dimension de l'individu, de ses choix et de sa liberté.

Pourquoi la demande est-elle ainsi tellement conforme à l'offre ?

C'est la seule manière d'être entendu, voire même écouté. S'exprimer de manière conforme est une stratégie d'adaptation de l'acteur dans sa relation avec le professionnel.

Observons la difficulté de la PMI à ne pas répondre aux fréquentes demandes de soins médicaux qu'expriment les parents. Ces demandes s'adressent à des professionnels de la santé formés à ce type de réponse. Ils ne peuvent pas ne pas les entendre car, en effet, le soin (curatif) infirmier ou médical est le substrat de leur *légitimité*. Les parents perçoivent ce désir de reconnaissance, de légitimité. En tant qu'acteurs *stratèges*, cela leur permet d'exprimer des demandes ne correspondant pas à l'offre institutionnelle, mais correspondant à ce *besoin* de légitimité des professionnels, et à leurs propres besoins.

L'expression de la demande est donc, du point de vue de la relation entre professionnel et usager de l'ordre de la stratégie.

Le terme stratégie prête un peu à confusion : il s'agit du jeu de pouvoir s'établissant dans la relation « privée » professionnel / usager. Nous ne parlons donc de stratégie que dans une acception limitée purement utilitaire et immédiate. Ce qui relève du symbolique et du non utilitaire ne relève pas de la stratégie d'acteur pris dans ce sens. C'est dans le jeu de pouvoir entre le professionnel et l'usager, celui qui sait et celui qui a besoin, que se construit la stratégie. Il n'y a pas de la part des usagers, sauf exception notable (comme les malades du SIDA ou les usagers de drogue par exemple) de stratégie collective d'expression des demandes et des besoins. Chaque personne exprime, dans une sphère relativement privée, confidentielle (et organisée comme telle grâce au colloque singulier et au secret professionnel), ses propres demandes. Thierry BERCHE parle pour sa part de « *privatisation de la négociation sociale* ».

3- Comment progresser ?

Plusieurs propositions sous-tendent une méthodologie d'analyse des besoins permettant de dépasser ce blocage de l'écoute, cette projection par les professionnels de leurs solutions sur les populations :

- **Il existe une différence entre problème individuel et problème de santé publique** : ce n'est que par sa répétition dans une population, une communauté qu'un problème individuel devient un problème collectif. Le caractère de répétition de problèmes

² Encore que l'anthropologie soit une discipline qui permet d'entendre directement les gens en essayant de respecter leur propre logique. La méthodologie de l'anthropologie nous semble donc très pertinente dans l'analyse des besoins, surtout si elle prend en compte la dimension symbolique et imaginaire des problématiques rencontrées (cf. infra).

individuels, appelés *incidents* par Jacques DONZELOT³, permet de rechercher des causes communes sur lesquelles la communauté, à l'aide des spécialistes, pourrait agir.

- **La privatisation de la négociation sociale, l'individualisation absolue de la pratique dans le champ de la santé laisse peu de place à la problématisation, et à la prise en charge collective du problème.** C'est même une forme de garantie de la préservation de l'équilibre des pouvoirs. **La charte d'Ottawa de la promotion de la santé**, qui date de 1986, affirme pourtant que les populations doivent pouvoir négocier les questions de santé à tous les niveaux : problématisation, priorisation, planification, évaluation.
- **La dimension des besoins est complexe et ne se laisse pas réduire à une analyse experte, même abondamment pluridisciplinaire.** Pouvoir comprendre la dimension des besoins d'une communauté suppose donc
 - o Une réel changement de méthode de travail des professionnels permettant une écoute non normative. Ce changement impose un changement de la nature des relations entre experts et acteurs. Guy Le BOTREF⁴ propose la méthodologie de recherche-action comme méthodologie de changement des rapports entre experts et acteurs sociaux.
 - o Une démarche qui permette de faire se *confronter* les conceptions des différents acteurs d'un même territoire, dans leurs différentes logiques (logique des personnes, logique des politiques, logiques de professionnels, logique des experts, logique administrative, etc.). Il s'agit d'une négociation sociale, collective, une « confrontation organisée » entre les points de vue, les conceptions, les représentations, les systèmes de référence, les valeurs, les savoirs, les connaissances, les compétences, les expériences, les idéologies des différentes personnes vivant ou exerçant dans le territoire, en prenant garde de laisser la place à l'imaginaire moteur et créatif.
 - o Les problèmes qui se posent dans le territoire sont des « objets de négociation » entre les acteurs et les populations, et pas seulement les réponses proposées par les professionnels.
 - o L'organisation de la confrontation, démarche de recherche collective, est une démarche « d'apprendre ensemble » afin d'entreprendre collectivement sur le territoire. Il s'agit d'une démarche pédagogique, base de toute démarche éducative en santé⁵.
- **Les besoins ne sont pas seulement utilitaires** c'est à dire techniques, fonctionnels. La dimension symbolique, le sens que donne chacun aux problèmes et à leurs causes, est fondamentale. Le sentiment d'appartenance, la possibilité pour chaque acteur d'être partie prenante du processus de résolution de problème est donc central. Une partie de la solution vient de la personne ou du groupe et non des solutions techniques. Il faut laisser place à la dimension symbolique, à l'imaginaire créatif, à la possibilité pour chacun de contribuer au bien commun.
 - o La personne n'est jamais seulement utilisatrice de service (usager). Chacun veut comprendre, participer, avoir une place dans le processus, ne pas être dans une relation aliénante avec l'offre qui est faite. Car, même en payant le service, ce qui est donné dans le service (par exemple s'occuper de mon enfant) a infiniment plus de valeur que la contre partie monétaire que je paye (éventuellement, même cher). Autrement dit, pour garantir le lien entre mon enfant, ses parents et la personne qui le garde, il existe quelque chose en plus que le paiement du service : la relation avec la personne qui garde mon enfant n'est pas purement marchande ; *je veux pouvoir avoir confiance*. En l'occurrence, je sens bien qu'on m'en donne

³ Cf. J. DONZELOT, community security policing, article de mai 2000.

⁴ Guy Le BOTREF, la recherche-action, une nouvelle relation entre experts et acteurs sociaux, « la recherche action », revue POUR, 1983

⁵ Cf. Jean Pierre DESCHAMPS, porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé in La revue du Praticien, 1983.

plus et autrement que « *pour mon argent* ». Je me sens redevable symboliquement et c'est cela qui crée du lien nous rappelle Marcel MAUSS dans son essai sur le don⁶. « *Une part importante de notre modernité repose encore sur le don, dans sa triple obligation de donner, recevoir et rendre* ». Quand on dit que l'on est redevable, c'est bien que l'on a reçu quelque chose que quelqu'un d'autre nous a donné. Cela constitue la dette symbolique de l'échange non strictement utilitaire et marchand. C'est en pouvant – devant rendre que chacun peut avoir une place dans ce jeu des échanges symboliques. Sans possibilité de rendre, je n'ai pas de place dans le système qui devient inégalitaire et aliénant.

- La possibilité du développement de la confrontation est une manière d'organiser la possibilité de *rendre* symboliquement dans un système de service. La confrontation elle-même mobilise en effet des plans symboliques, des valeurs, mais aussi de la reconnaissance. Chacun peut donner de lui-même dans la confrontation, proposer, contribuer à la résolution des problèmes sans être un simple usager.
- La construction des besoins et la résolution des problèmes, la nature même des problèmes reposent sur cette possibilité qu'à chaque acteur d'être un donneur encore plus qu'un receveur. La méthodologie de projet sur le territoire, basée sur l'analyse des besoins, travaille nécessairement cette possibilité que chaque acteur puisse donner, que ce ne soit pas toujours les mêmes qui soient offreurs et toujours les mêmes qui soient receveurs, induisant par là des rapports de dépendance et de soumission.

En conclusion

Il serait temps que les professionnels acceptent la parole des gens, la légitiment dans leur pratique, et pas seulement dans le cadre d'une « élaboration psychique ».

L'efficacité que l'on recherche par la technique et l'expertise est un faux semblant. Aucune expertise n'est suffisante pour comprendre la dimension des besoins. Se vouloir efficace en ne prenant pas le temps d'une démarche participative de recherche-action, dans laquelle les personnes sont acteurs à part entière est contre-productif. L'efficacité pure, rationnelle, est même souvent éthiquement discutable.

Travailler, dans des projets locaux à analyser collectivement, avec les gens, la nature de leurs besoins, est une vraie démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

Pouvoir écouter, et encore plus entendre ce que les gens ont à nous dire sans interpréter, voire juger leurs perceptions est encore à développer dans nos services de santé. Mais cela exige de la part des professionnels de ne pas se sentir mis en cause par les discours des gens qui n'avaliseront pas leurs propres choix. Cela veut dire qu'il faut arrêter de n'entendre des gens que ce qu'on sait déjà faire pour eux. L'innovation, la démarche vers de nouveaux projets est à ce prix⁷.

Cela impose de :

⁶ Marcel MAUSS, Essai sur le don, in sociologie et anthropologie, PUF.

⁷ Nous ne sous-estimons pas, bien entendu, les rapports de force qui existent entre les différentes catégories de professionnels, particulièrement dans le domaine sanitaire (par exemple entre infirmières et médecins à l'hôpital). Nous croyons que c'est dans le développement de méthodes de recherche-action participatives que ces rapports sont le plus susceptibles d'évoluer : créer les conditions de la parole des gens introduit un tiers dans le face à face médecin infirmière par exemple. Ce tiers fait « médiation », et dé-privatise le mode de relation professionnelle.

- Ne pas se cantonner au colloque singulier habituel au médico-social qui ramène la souffrance à la maladie, et le problème de santé à la nosologie biomédicale, qui empêche la négociation sociale, la compréhension collective des problèmes de santé.
- Réintroduire la « *dimension socio-politique de la maladie* »⁸ afin de ne pas « *discuter uniquement des actions entreprises* »⁹ et de façon experte.
- Développer des procédures de recherche-action participative avec la population pour créer les lieux, les moments de la confrontation.
- Etre très vigilant sur les rapports entre l'offre et la demande, afin de ne pas pervertir les démarches participatives, c'est à dire faire dire aux gens, avec des démarches sophistiquées, ce qu'on a envie qu'ils disent, voire nier ou refuser ce qu'ils ont dit sous prétexte *qu'ils se tromperaient, qu'ils ne comprendraient pas bien le problème.*

⁸ T.BERCHE, op. cit. p.85.

⁹ Ibid. p.87.