

Depuis plusieurs années, certaines maisons médicales développent des projets axés sur le tabagisme, avec une attention particulière pour les personnes les plus précarisées parmi leur patientèle. Au centre de ces projets, une réflexion sur la manière dont les soignants considèrent ces patients et soutiennent leur estime de soi, facteur clé dans le domaine de la santé : une approche qui va bien au-delà du tabagisme proprement dit.

Marianne Prévost, sociologue et Valérie Hubens, kinésithérapeute, licenciée en santé publique, Fédération des maisons médicales.

Tabagisme et fragilité sociale

Les inégalités sociales sont bien visibles dans le domaine du tabagisme : la proportion de fumeurs est plus grande dans l'enseignement professionnel que dans l'enseignement général, les adultes ayant un faible niveau d'instruction ont commencé à fumer plus tôt que les diplômés de l'enseignement supérieur... Même gradient social en ce qui concerne le niveau de dépendance à la nicotine, le succès des tentatives de sevrage ou le tabagisme pendant la grossesse. Observées pour bien d'autres comportements à risque, les conséquences de ces inégalités sont claires : taux différents de maladies chroniques, d'années de vie sans incapacité, de mortalité précoce, avec ce que cela implique en matière de qualité de vie.

Les efforts de prévention auprès des personnes précarisées se heurtent à un frein général bien connu : la difficulté de ces personnes à se projeter dans l'avenir, ou du moins à l'organiser. Même si elles ont des rêves et des projets, nombre de problèmes immédiats – parfois des questions de survie – viennent boucher leur horizon. La gestion de risques futurs, qui impliquerait de se priver, de renoncer à un plaisir immédiat, voire même de souffrir, passe alors au second plan. Pas forcément aux oubliettes : la toux du matin est bien là, tout comme le souffle court en montant les escaliers ... Mais il n'est tout simplement pas possible de changer. Inconfort, honte, sentiments de faiblesse et d'échec accompagnent en sourdine nombre de fumeurs.

Des soignants impuissants ?

Les soignants, témoins avertis des ravages du tabagisme, souhaiteraient évidemment aider leurs patients à abandonner leur funeste habitude, mais ils se sentent souvent relativement impuissants : en fin de compte, c'est bien au patient de désirer le changement, de le mettre en œuvre, de persévérer malgré les désirs contradictoires, les contraintes externes, les doutes et les déboires qui surgissent inévitablement en cours de route.

Certains soignants, de manière plus ou moins intentionnelle, concentrent dès lors leurs efforts sur les personnes les plus susceptibles de réussir un sevrage – se disant qu'en fin de compte, la cigarette offre aux personnes fragiles une béquille bien utile face aux difficultés de la vie, parfois même un des rares plaisirs encore accessible ... Ils peuvent aussi développer - à leur insu et, malgré toute leur bonne volonté, des attitudes négatives qui leur permettent d'échapper au malaise : mise à distance (« c'est un autre monde, on ne peut pas se comprendre »), démission (« il n'y arrivera jamais »), hostilité (« il manque de volonté, trop de laisser-aller, d'irresponsabilité... »), paternalisme... Légers ou puissants, ces sentiments mettent à mal les capacités d'écoute et de bienveillance indispensables dans toute relation de soin.

Estime de soi et stigmatisation

En dehors de la question spécifique du tabagisme, le rapport au monde des personnes précarisées est en général très différent de celui des professionnels. Un aspect souvent particulièrement sensible est l'estime de soi – que l'on peut définir comme la manière dont un être humain se perçoit, s'apprécie, a confiance en ses propres moyens et ressources, ceci en relation dynamique avec le désir de vivre, les capacités de vouloir construire sa vie.

L'estime de soi s'enracine dans les premières expériences de la petite enfance, mais elle n'est pas donnée une fois pour toutes : elle évolue tout au long de la vie en fonction des événements extérieurs et des relations avec l'entourage proche ou lointain. Chez les personnes qui vivent depuis longtemps dans des situations de précarité, elle peut être fragile, volatile, vite mise en péril : particulièrement dans un monde qui propose – impose – des images de bien-être, de force, de réussite personnelle et sociale.

Comme l'expose très clairement Jean Furtos¹ la vulnérabilité est maximale lorsque sont perdus (ou absents dès le départ) les « objets sociaux » essentiels qui donnent les « sécurités de base » : le travail, l'argent, la formation, ... Il ne s'agit pas seulement de ressources matérielles : l'objet social, « c'est aussi quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs, et qui fait lien : il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui comme une équipe de foot joue avec un ballon ; quelquefois l'objet perdu est le terrain de jeu lui-même, c'est-à-dire l'aire culturelle, et alors tout peut basculer ».

Ce basculement – effectif ou craint – entame profondément l'estime de soi, surtout si les failles ressenties personnellement sont visibles socialement et entraînent un regard stigmatisant. Or, les personnes précarisées sont le plus souvent considérées à partir de leurs manques : ne sont-elles pas désignées comme passives, irresponsables, en recherche d'assistance (voire profiteuses), sans volonté et sans projets ? Le texte rédigé par des personnes du Quart-Monde², ainsi que leurs témoignages apportés lors d'une formation réalisée par la Fédération des maisons médicales avec ATD Quart

Monde il y a quelques années³, montre de manière éclairante à quel point ces personnes se sentent jugées, disqualifiées, voire suspectées de maltraitance en cas de problème avec leurs enfants...! Le regard des instituteurs, des assistants sociaux, des soignants, des employés communaux, des juges... constituent autant de barreaux infranchissables.

En réalité, il est frappant de voir combien les personnes qui ont rédigé ce texte expriment un besoin simple et universel : celui d'être reconnues et respectées comme elles sont, pour ce qu'elles sont.

Dans la pratique, beaucoup d'intervenants savent, ou sentent intuitivement, que l'estime de soi est centrale pour qu'une personne puisse maintenir ou renforcer sa santé, et qu'il est parfois prioritaire de la soutenir plutôt que de préconiser tel ou tel changement précis de comportement. D'autant plus qu'une bonne estime de soi rebondit sur de multiples aspects de la vie et de la santé - l'abandon du tabac pour ceux qui le désirent, l'accès à la culture et à l'instruction, l'apprentissage d'une pratique sportive, le développement des liens sociaux. Quant à savoir comment prendre en compte cette problématique, c'est une autre histoire...

Tabagisme et précarité en maison médicale : survol des pratiques

Ces réflexions sont depuis le départ au centre de la démarche mise en place à la Fédération des maisons médicales en ce qui concerne le tabagisme. Le soutien aux projets développés dans les maisons médicales a d'emblée mis l'accent sur l'accessibilité aux patients précarisés sur base d'un constat bien établi : en l'absence d'un effort particulier, les projets de prévention et d'éducation bénéficient surtout aux patients les plus favorisés.

Retour sur soi

La formation évoquée ci-dessus a été une prémisse de ces démarches ; elle a permis aux soignants de prendre conscience de leur regard inconsciemment stigmatisant et de ses effets. Un tel retour sur soi, sur ses propres valeurs et choix de vie, est incontournable : il s'agit en quelque sorte, de « déblayer son terrain » pour donner place à celui de l'autre, pour (r)ouvrir la possibilité d'une rencontre singulière avec cet autre si différent en apparence et qui s'avère être en définitive un semblable, un égal. Loin des recettes toutes faites, un tel trajet permet de décoder ce qui se joue et d'ouvrir

1. PREVOST M., *La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos*, Santé Conjuguée n° 48 Vulnérabilités - juillet 2009

2. ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles Professionnels de la santé, *vous avez un rôle important dans la réalisation de nos projets* : une interpellation du Quart Monde, Santé Conjuguée n°48 juillet 2009

3. PREVOST M. HUBENS V., *Croisement des savoirs : une co-formation avec des personnes du Quart-Monde* Santé Conjuguée n°49 avril 2009

le soignant à l'accueil des personnes dans ce qu'elles sont ; de comprendre leur contexte de vie, leurs valeurs, leurs fragilités ; de prendre conscience de l'énergie et de l'intelligence pratique qu'elles mettent en œuvre au jour le jour pour vivre de manière simplement digne. Il devient alors possible de mettre à jour, de reconnaître les compétences et les forces qui coexistent avec les failles, et de s'appuyer sur elles pour soutenir le changement dans un projet partagé.

Différents axes de travail

Sur le terrain, le renforcement de l'estime de soi est travaillé à différents niveaux. Il s'agit d'y être sensible dans chaque espace de rencontre (en consultation individuelle, dans les activités de groupe, lors du dialogue en salle d'attente...). Le premier accueil est très important : l'organisation des consultations, la détermination des horaires, la manière d'écouter et de s'adresser au patient qui franchit le seuil. Garder des possibilités de consultations sans rendez-vous est, par exemple, une manière de faciliter l'accès à certaines personnes vulnérables : la précarité s'accompagne souvent d'une perception du temps peu compatible avec un planning bien précis ... Certaines équipes ont aussi travaillé sur la conception même du lieu « salle d'attente », sur la manière d'« habiter » ce lieu, et de le rendre réellement « accueillant » pour tous.

L'approche privilégiée consiste à positionner d'emblée le patient comme acteur, notamment en lui demandant la permission d'aborder un sujet, de l'interroger, de l'informer, de lui proposer des alternatives, en pratiquant l'écoute active qui l'invite à exprimer ses valeurs, ses choix de vie, à découvrir ses propres ressources tout en explorant ses ambivalences //4//.

S'appuyer sur les ressources du patient conduit à aborder le changement par étapes, en envisageant avec lui les « mini-défis » qui lui semblent réalistes en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il vit et de ce qu'il souhaite. La personne peut ainsi faire l'expérience de petits succès susceptibles d'augmenter sa confiance en soi, son désir de poursuivre le trajet ... même si à certains moments, l'échec semble au rendez-vous. Dans ce cas (bien sûr inévitable), il est essentiel que le soignant ne cède pas lui-même au découragement, au fatalisme, et qu'il garde une vision positive : il ne s'agit pas seulement de « faire un recadrage positif » comme on appliquerait une recette, mais bien de rester en contact avec une authentique « bienveillance », une vraie « re-connaissance » de la personne même quand elle faiblit ou se détourne.

Dans tous les axes de travail mis en place par les équipes, la question du langage est un objet d'attention. , et ce dans la mesure où l'expression verbale des publics précarisés est souvent différente de celle des soignants. Que ce soit dans les contacts interpersonnels ou concernant les informations échangées en salle d'attente, les équipes comprennent qu'il faut privilégier un langage usuel, imagé, concret mais aussi qu'il convient de donner plus de temps à certaines personnes, pour leur laisser la possibilité de trouver les mots et de se faire comprendre.

Une approche spécifique ?

Pas vraiment, pas seulement. En fin de compte, la réflexion suscitée par la rencontre avec des personnes précarisées autour du tabagisme est pertinente dans bien d'autres contextes : elle vient rappeler que le souci de l'humain, le respect de la personne et de ses capacités de vie, doit rester au centre de toute relation d'aide et de soin. ■



4. PREVOST M., HUBENS V., LAPERCHE J., Nos patients fument ! Découvrez la balance décisionnelle et l'entretien motivationnel (2009) <http://www.maisonmedicale.org/Nos-patients-fument-Decouvrez-la.html>