

# Éducation populaire à la santé

## A la favela de João Pessoa... et ailleurs !

*Lors du IVème Colloque international Paulo Freire à Recife<sup>1</sup>, j'ai rencontré des acteurs de l'éducation populaire au Brésil, notamment l'équipe de Eymard Mourão Vasconcelos. Médecin, maître en Education et professeur au Département de Promotion de la Santé à l'Université Fédérale de Paraíba, Eymard m'a permis d'intégrer son équipe pluridisciplinaire au Centre de santé de la favela de João Pessoa, au nord de Recife.*

A partir d'un de ses articles<sup>2</sup> – où il formalise une expérience semblable à celle qu'il m'a donné la chance de connaître – et de mon carnet de voyage, je tâcherai d'expliquer dans les lignes qui suivent la méthodologie de l'éducation populaire en santé et d'en analyser l'impact.

### La favela de João Pessoa

Comme partout au Brésil ou ailleurs, la favela s'est développée à partir de l'exode rural vers la ville. Si vous avez vu *La Cité de Dieu*, divisez par deux au moins l'idée que le film vous a laissé de la violence. João Pessoa est beaucoup plus calme que Rio, ville des extrêmes beautés et horreurs. Mais gardez intactes les images de précarité, de débrouillardise, de bandes d'enfants animant des rues labyrinthiques.

### La santé en favela

Diarrhées, parasites intestinaux, mycoses, maladies vénériennes, infections aiguës, refroidissements, pneumonies... font partie du quotidien des favelados. Nombreux sont



ceux qui passent rapidement au traitement, mais il reste encore beaucoup de familles dites 'à risque', où la maladie est récurrente et traitée seulement quand elle a pris trop d'ampleur. C'est le cas des familles en crise pour cause de perte d'emploi, maladie des parents, dépendance à la drogue, mésentente du couple, migration récente, présence d'un grand nombre d'enfants en bas âge, implication dans des activités illicites, etc. Dans ces situations de misère sociale, les maladies infectieuses et parasitaires sont juste un symptôme et renvoient à l'alcoolisme, la violence conjugale, la négligence, la malpropreté, la maladie mentale, le désespoir, la délinquance, le handicap physique... La situation de ces familles est si complexe que le mal leur apparaît indicible et incurable, en dépit des avancées en médecine, parce que le système médical fonctionne encore trop souvent selon le raisonnement 'à problème précis, solution précise'. Au lieu d'envisager la maladie dans sa globalité, chaque symptôme est traité séparément, ce qui revient à renvoyer indéfiniment le patient vers d'autres intervenants.

Autre constat : même dans le cas d'une famille 'sans risque', l'équipe d'Eymard constate que la simple prescription de médicaments sans suivi a peu de répercussions sur l'évolution de la maladie, parce que les familles frappées par la misère deviennent trop vulnérables pour être capables d'initiative et de soins à leurs membres. Le suivi des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées ne peut dépendre des seuls parents.

La réponse intégrée à ces problèmes posés par la favela, c'est l'éducation populaire à la santé : une équipe de professionnels mobilisant leurs compétences médicales et pédago-

giques dans un accompagnement préventif, différencié et durable.

### **L'éducation populaire à la santé**

Les centres de santé sont nés durant les années septante au Brésil, en réaction à la dictature militaire qui favorisait exclusivement l'élite politique et économique par l'expansion de services de santé privés. Beaucoup de professionnels de la santé, insatisfaits de ces pratiques mercantiles et discriminatoires, se sont engagés dans le processus d'éducation populaire initié par Paulo Freire, qui invitait au dialogue entre milieu populaire et milieu académique. *« L'éducation populaire ne vise pas à élever des sujets subalternes bien éduqués (...) elle vise à participer de l'effort que font déjà toutes les catégories de sujets subalternes pour l'organisation du travail politique qui, pas à pas, ouvre le chemin à la conquête de leur liberté et de leurs droits. L'éducation populaire est un moyen de participation des agents érudits (professeurs, prêtres, scientifiques, professionnels de la santé et autres) dans ce travail politique. »*<sup>3</sup>

En utilisant le vocabulaire du secteur de la santé, on peut ainsi paraphraser cette citation sur l'éducation populaire : l'éducation populaire en santé est la participation des érudits aux efforts de lutte pour la santé déjà initiés par les citoyens. Le professionnel de la santé qui pratique l'éducation populaire subordonne son acte pédagogique aux actes quotidiens de ses patients pour lutter contre la maladie. Ce faisant, il souligne leur effort, aussi minime et peu approprié soit-il. L'action menée dans la favela de João Pessoa s'inscrit dans ce courant centré sur la reconnaissance et la valorisa-

tion du potentiel humain pour la créativité et la liberté – ce potentiel (planétaire) ô combien puissant, même en situation d’oppression !

L’équipe qui travaille au Centre de santé de João Pessoa est composée de médecins généralistes et spécialistes, de dentistes, d’infirmiers et de psychologues. Une fois par semaine, des étudiants de ces diverses disciplines se portent volontaires pour accompagner les soignants dans les familles. Comme tous les centres de santé, celui de João Pessoa est caractérisé par une carence en ressources humaines qualifiées et en ressources matérielles élémentaires, mais a le mérite d’être profondément et durablement intégré à la dynamique sociale locale. Facilement accessible, il conjugue les actions éducatives, préventives et curatives. L’équipe du Centre accompagne les familles à risque et les encourage dans leurs efforts. Elle soutient aussi les réseaux de solidarité sociale existants et se remet régulièrement en question par un retour réflexif sur ses pratiques.

### **L’accompagnement différencié...**

...espace de dialogue pour construire le savoir

En éducation populaire à la santé, ce n’est pas un patient qui consulte un représentant de la science, c’est un homme instruit et humble qui consulte la famille du malade pour ensemble construire un savoir nul part écrit dans les références les plus scientifiques. Selon Eymard, en pédiatrie par exemple, le problème de la diarrhée infantile est bien connoté en relation à la pauvreté, à la précarité des conditions sanitaires dans lesquelles vivent les classes les plus populaires et à la faible qualité de l’éducation

scolaire des parents. Cependant, l’enseignement de la pédiatrie préconise toujours et presque exclusivement des solutions de réhydratation, d’antibiotiques et d’habitudes alimentaires. Pour illustrer ses dires, il me raconte le cas de la mort d’un enfant après de nombreux épisodes de diarrhée et malgré la prise de médicaments. Ce cas était survenu dans une famille très pauvre, dont le père était malade et la mère absente pour son travail. L’alimentation basique de l’enfant était le lait au biberon. Le lait était préparé le matin et laissé dans une casserole. Après chaque tétée, le restant du lait du biberon (contaminé par la salive du bébé et le contact avec les mouches et les mains) était mélangé avec le lait de la casserole. Il n’y avait pas de réfrigérateur. Ainsi l’enfant absorbait fréquemment une concentration élevée de bactéries pathogènes. Il aurait pu être sauvé si ces aspects avaient été découverts à temps lors de visites à domicile. La conduite thérapeutique ‘médicalement correcte’ de la pédiatre, dictée par les manuels les plus actualisés, n’avait pas pris en compte ces aspects.

Face à la complexité et à l’hétérogénéité des situations vécues par les classes populaires, le savoir académique se révèle insuffisant. La connaissance du mécanisme d’infections répétées de cet enfant, des conditions environnementales de son lieu de vie et de son voisinage, de la manière dont la famille prenait soin de sa santé, de la répartition des tâches ménagères... est ce que l’on peut appeler le savoir intermédiaire entre les analyses générales des sciences sociales et le savoir technique médical sur la diarrhée.

C’est dans cette optique que l’équipe du Centre de santé s’invite par groupes de deux intervenants dans les familles. Au Brésil,



le dialogue s'amorce facilement et souvent avec humour, mais il s'agit aussi de créer une relation de confiance, une complicité suffisamment forte pour aborder des aspects très intimes du quotidien, de l'allaitement à la contraception. Il faut au praticien comme au patient une bonne dose d'humilité pour accepter, l'un de ne pouvoir tout changer par des prescriptions, l'autre de recevoir de l'aide. L'éducation populaire est une véritable *stratégie d'influence qui guérit*<sup>4</sup> : par le dialogue, le professionnel distille son savoir d'expert scientifique, le patient formalise son savoir comme expert de sa propre souffrance et, ensemble, ils luttent contre la maladie, mais aussi contre l'exclusion.

#### **...acte transformateur de la profession**

La favela surprend toujours parce que la misère a tant de formes différentes ! A peine s'habitue-t-on à telle situation qu'une autre se révèle. L'équipe témoigne : « *Quand nous partons en visite, nous sommes toujours joyeux et bavards. Quand nous revenons, nous*

*restons silencieux et les yeux baissés. Lors des visites, tout à coup on se retrouve dans des endroits qui paraissent étranges, qui nous paraissent ne pas faire partie de la favela que nous connaissons. Chaque famille nous surprend pour des motifs différents. Tantôt c'est le conflit, tantôt l'alcoolisme ou le manque de ressources, la saleté, le nombre d'enfants serrés dans une même pièce si petite, les regards agressifs, le désordre, la violence, l'absence de perspective future, la douleur... ».*

Parfois les visites ne suscitent pas tristesse et compassion mais colère et indignation devant ce qui paraît incohérence ou gaspillage : la présence fréquente de la télévision dans des maisons où l'on dort sur des matelas immondes et où il n'y a pas de salle de bain, la présence de jeunes apparemment oisifs et peu préoccupés par leur évolution professionnelle et culturelle, l'absence de révolte malgré la situation de précarité, le manque d'intérêt à participer à des activités associatives et politiques, un certain confor-

misme, la résistance à mettre en pratique les conseils de professionnels... qui perdent alors patience : « *Ces gens-là ne méritent pas mes efforts* ». Ce type d'analyse est souvent teinté de jugement moral.

Pourtant, la télévision, le jeu, la décontraction, l'oisiveté, ne sont pas seulement des moyens d'échapper à la réalité, mais sont aussi l'indication d'une détermination à savourer la vie, même sans perspective d'un futur meilleur. Ce qui, pour le professionnel, est faute d'initiative et apathie, peut être l'évaluation rigoureuse des limites des solutions proposées par les intervenants extérieurs qui jugent sans connaître.

La favela fait grandir l'équipe médicale en savoirs : elle oblige la construction de connaissances et de pratiques médiatrices entre l'approche réduite au biologique et l'approche plus abstraite des sciences sociales. Elle fait aussi grandir en sagesse car, pour surmonter son sentiment d'incapacité face à la complexité de la vie dans la favela, l'équipe a adopté la philosophie traduite par l'expression populaire brésilienne « *la bouillie chaude se prend par les bords* » (« *mingau quente se toma pelas beiradas* ») qui signifie qu'à force d'influer systématiquement et durablement sur les manifestations périphériques d'un problème, on finit par en toucher les dimensions plus centrales. Ce faisant, on n'élimine pas la souffrance mais on peut contribuer à en modifier la forme et le poids.

### **Chez nous aussi...**

La favela de João Pessoa est bien loin de l'autre côté de l'océan, mais il me semble en voir des copies partout. Ce n'est pas juste une affaire brésilienne qui est ici traitée. Il me suffit de lever les yeux de mon carnet de

voyages pour revivre les émotions faveladas et rencontrer la misère, moins ensoleillée mais aussi présente dans nos rues. « *Un accompagnement différencié ne devrait pas être une stratégie sanitaire réservée aux régions les plus démunies mais une professionnalisation nécessaire face aux situations d'exclusion sociale si fortement présentes jusque dans les régions les plus industrialisées et modernes de notre société capitaliste* », suggérait Eymard.

Une éducation populaire à la santé chez nous et partout ailleurs : et pourquoi pas ?

Par l'accompagnement différencié, l'éducation populaire se fonde sur l'empathie et l'ouverture culturelle, tout comme l'ethnopsychiatrie. Là aussi, il s'agit pour le professionnel de se remettre en question et d'articuler ses savoirs scientifiques aux savoirs – que nous avons tendance à considérer comme irrationnels – des patients venus d'autres horizons culturels. « *Il existe d'autres pensées que la nôtre, d'autres façons de faire pour prendre en charge les douleurs de l'existence* », dit Tobie Nathan<sup>5</sup>.

Je vois chez Tobie Nathan et chez Eymard Mourão Vasconcelos la même volonté de se décentrer – de quitter, l'un son ethnocentrisme, l'autre son égocentrisme – pour rencontrer l'autre et aller au-delà de la tolérance, avec sans cesse cette question aux tripes : « *Comment, sans renier mes racines, ma tradition et ce que cette tradition a baptisé rationalité, travailler à ce que mes mots ne fassent pas insulte à ceux qui ont d'autres racines. Et il ne suffit pas ici d'essayer de respecter les croyances des autres, il faut essayer de devenir digne de leur respect. (...)* Nous qui nous enorgueillissons si

*facilement d'être tolérants, aspirons-nous à la position d'être à notre tour tolérés ? »<sup>6</sup>*

En thérapie comme en éducation populaire, à la santé ou non, à la favela ou en d'autres lieux, il s'agit « *d'écouter l'autre dans ses doutes, ses appréhensions, son incompetence provisoire. Et en l'écoutant, j'apprends à parler avec lui* », dit Paulo Freire<sup>7</sup>.

Parler avec l'autre, voilà une attitude à adopter au quotidien, car l'ouverture culturelle peut s'appliquer au-delà des frontières instituées, au-delà aussi des frontières que nous dressons nous-mêmes. Bien plus qu'une démarche thérapeutique et pédagogique, l'éducation populaire relève d'une démarche citoyenne.

Interrogée par la radio publique belge sur la faiblesse de son pouvoir d'achat, une mère de famille s'insurgeait : « *C'est difficile de nourrir ses enfants ! Je veux qu'ils aient une collation saine pour aller à l'école. Mais si j'achète un petit jus bon marché, c'est de la saloperie ! L'alimentation de qualité est hors de prix...* ».

Constater, dénoncer ce qui a été constaté et annoncer son renversement sont les trois piliers de la démarche chère à Paulo Freire. Dire c'est bien, agir c'est mieux. En tant que consommateur, de petits jus et autres, nous avons un certain pouvoir. Une éco-consommation, responsable et équitable, pourrait influencer favorablement et durablement sur les conditions de travail des producteurs, l'environnement et par conséquent, notre santé et notre bien-être à tous. « *Ce n'est pas l'habitant de favela qui doit être honteux de sa condition mais bien celui qui, vivant bien et facilement, ne fait rien pour changer la réalité qui cause la favela.* »<sup>8</sup>

Pour contribuer à changer la réalité qui cause la favela, il faut oser regarder cette réalité et la reconnaître dans ses nombreuses expressions, et d'abord autour de nous. Sans nécessairement être professionnel du secteur médical et sans aller au Brésil, je pense que chacun peut être acteur dans l'éducation à la santé.

## Isabelle PIERDOMENICO

1. **Ética, política e educação**, Recife, 2003. J'y présentais un aspect de mon travail d'institutrice primaire. Voir l'article : **Le cercle, expérience de liberté**, in *Journal de l'alpha*, n°163, avril 2008, pp. 48-52.

2. Eymard MOURÃO VASCONCELOS, **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas** (L'éducation populaire comme instrument de réorientation des stratégies de contrôle des maladies infectieuses et parasitaires), *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, Rio de Janeiro, 1998.

3. Carlos Rodrigues BRANDÃO, **Lutar com a palavra**, Graal, Rio de Janeiro, 1982.

4. L'expression est empruntée à Tobie Nathan qui, dans son livre ainsi intitulé, montre comment l'ethnopsychiatrie peut aider les patients immigrés en conciliant rigueur scientifique et inspiration de médecines traditionnelles : Tobie NATHAN, **L'influence qui guérit**, Editions Odile Jacob, 1994.

5. Tobie NATHAN, **Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie**, Editions Les Empêcheurs de penser en rond, 2001 (publié également dans *Points Essais en 2007*).

6. Isabelle STENGERS, **Résister ? un devoir !**, Politis, n° 579, 16/12/99, pp. 34-35. Cet article est accessible en ligne à la page : [www.recalcitrance.com/stengers.htm](http://www.recalcitrance.com/stengers.htm).

7. Paulo FREIRE, **Pedagogia da autonomia : saberes necessários à prática educativa**, (Pédagogie de l'autonomie : savoirs nécessaires à la pratique éducative), São Paulo, Paz e Terra, 1996, p. 119.

8. Paulo FREIRE, **Pedagogia da indignação : cartas pedagógicas e outros escritos**, (Pédagogie de l'indignation : lettres pédagogiques et autres écrits), UNESP Editions, 2000, p. 83 (œuvre posthume de Paulo Freire).