

Revistă de dezvoltare comunitară

Editată de

Asociația pentru Dezvoltare și Promovare
Socio-Economică
CATALACTICA

Redacția

Sorin Cace

Radu Mircea

Victor Nicolăescu

Corina Cace

Marilena Avram

Adresa redacției

Bulevardul Magheru Gheorghe
Nr. 32-36, scara E , Etaj 7, ap 34

Tel/fax: 0213134971
0212128344

www.catalactica.org.ro
corsorin@mailbox.ro
Apărut 2004

ISSN 1582-8344

Sorin Cace

Cristian Vladescu

Accesul populației roma la serviciile de
sănătate p. 1

Gabriel Oancea

Șef serviciu SRSS București

Raluca Ionescu

Consilier SRSS București

Marian Badea

Consilier SRSS București

Programele derulate de către Serviciul de
Reintegrare Socială și Supraveghere de pe
lângă tribunalul București p. 12

Ana Bleahu

Oamenii vorbind despre ei. Participare și
evaluare socială-studiu de caz p. 17

Dr. Gabriel Cicu

Agenția Națională Antidrog ICCA

Dr. Dana Podaru

UNAIDS

Reinserția socială a consumatorului de
droguri în cadrul circuitul terapeutic p. 29

Iuliana Precupetu

Prezentare a programului: „Dezvoltare
comunitară în zona Târgu Neamț” p. 36

Radu Mircea

Sorin Cace

Integrarea refugiaților în România-
parteneriat între organizațiile
nonguvernamentale, instituțiile
guvernamentale, autoritățile locale și
refugiați p. 39

Franck Guillon

Sensibilisation a la notion de mobilisation
dans un projet de developpement
social p. 44

ACCESUL POPULAȚIEI ROMA LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE¹

Sorin Cace
Cristian Vlădescu

Percepția cu privire la situația generală a romilor

Situația socio-economică a romilor e apreciată ca fiind una marcată de sărăcie (venituri reduse, condiții de locuit inadecvate, alimentație deficitară, condiții igienice precare, lipsa unui venit permanent, acces greu la serviciile de sănătate, lipsa educației) și de cultura sărăciei (valori, atitudini, cunoștințe și practici, modele de comportament și stil de viață care perpetuează starea de sărăcie).

Există însă o diferență în ceea ce privește identificarea cauzelor. Reprezentanții etniei roma văd aceste cauze ca fiind mai degrabă de atitudini discriminatorii care implică societățile extinse, în timp ce reprezentanții instituțiilor de sănătate intervievați atribuie comunităților roma responsabilitatea pentru condițiile în care se află.

Dincolo de această diferență, rămâne însă spațiul de consens în care toți subiecții intervievați apreciază că romii trăiesc în condiții socio-economice evident deficitare, fapt ce are implicații importante și în sfera sănătății.

Două direcții de evoluție probabilă a condițiilor socio-economice în care trăiesc romii:

1. *O evoluție pozitivă* - în cazul în care statul, în colaborare cu sectorul profit și cu cel non-profit elaborează și implementează strategii și politici coerente,

perseverând în rezolvarea problemelor cu care se confruntă comunitățile de romi. Aceasta ar presupune uneori luarea unor măsuri speciale cum ar fi păstrarea în sfera publică a unor servicii precum cele de sănătate și protecție socială, cel puțin în anumite limite.

2. În caz contrar, *privatizarea unor servicii publice*, esențiale pentru evoluția pozitivă a unei comunități (sănătatea, protecția socială, siguranța publică) sau ghidarea activităților în funcție de criterii economice (profit) în funcție de eficiență și nu de eficacitate, centrarea acțiunilor pe raportul mijloace-obiective și nu pe atingerea obiectivelor, ar putea constitui frâne reale în calea evoluției comunităților de romi, în calea ieșirii acestora din cercul vicios, cauză și efect al discriminării.

Desigur, această perspectivă a relației eficiență-eficacitate este una parțială asupra unei probleme cu determinații complexe.

Noul sistem de Asigurări Sociale de Sănătate

Prezentare succintă a sistemului instituțional al Asigurărilor Sociale de Sănătate

Situația asiguraților

În toate cele trei studii de caz, s-a arătat că nu se cunoaște cu exactitate numărul persoanelor neasigurate. În județul

¹ La realizarea acestui studiu au mai participat: Eugen Băican, Daniel Arpinte, Tudor Pitulac, Ana Maria Preoteasa, Iuliana Precupețu

Cluj, la 1 iulie 2001, *“la o populație de 720.280 de locuitori, 630.174 din populația județului Cluj sunt asigurați, aproximativ 90.000 de locuitori nu-și plătesc asigurările de sănătate”* (L.C., CJAS Cluj). În județul Iași, aproximativ 88% (740 000 din 840 000) din populație are asigurările de sănătate plătite, iar din ceilalți 12% (100 000) o parte sunt incluși în alte sisteme de asigurare. În București situația este diferită, persoanele care au oferit informații estimând că aproximativ 20-30% din populație nu este asigurată.

Persoanele care nu dețin calitatea de asigurat se împart în două categorii: un segment care este nepreocupat de a-și dobândi calitatea de asigurat, dar care realizează venituri și ar putea să o dobândească, și un alt segment care nu va putea dobândi calitatea de asigurat, decât dacă merge la Primărie să arate că nu realizează venituri și să primească indemnizații de șomaj sau ajutor social. Pierderea calității de asigurat este cel mai adesea datorată pierderii locului de muncă, epuizarea perioadei de șomaj sau pierderea dreptului la beneficii și servicii sociale care au asociat dreptul la asigurare medicală (venitul minim garantat).

Situația romilor cu privire la asigurările de sănătate

Din prezentarea situației de către liderii romi intervievați dar și din referirile făcute de specialiștii din domeniul sănătății, reiese că o mare parte din populația de romi nu își plătesc contribuția la fondul asigurărilor de sănătate. Marea majoritate nu au un loc de muncă stabil și în cazul lor singura soluție este aceea de a se înscrie într-una dintre categoriile de asistați social care au implicit și dreptul la asistență medicală gratuită.

O dificultate apărută în calea înregistrării romilor ca asigurați, în opinia reprezentanților Caselor de Asigurări, o constituie inexistența actelor de identitate. Aceasta este una dintre cauzele pentru care romii nu se pot angaja cu forme legale și nu pot dobândi calitatea de asigurat.

“...există iarăși o categorie, nu știu cât de mare, de persoane care nu sunt nici măcar în evidența populației, persoane care nu au acte de identitate, persoane care nu au domiciliu, nu știu la cât să le apreciez, or fi 1% din populație, or fi 2% din populația Bucureștiului. Poate zic o cifră cam mare dar, din păcate, asta este o categorie de mari consumatori de servicii de sănătate”. (reprezentant Casa Națională de Asigurări de Sănătate)

Astfel, acest segment de populație nu poate dobândi sau nu-și poate menține statutul de asigurat, urmând a beneficia doar de ajutorul de urgență care presupune uneori și o minimă spitalizare (minim 3 zile) sau de intervențiile care, dacă nu ar fi făcute, s-ar pune în pericol sănătatea publică (ex. focarele de infecții).

În conformitate cu Legea Venitului Minim Garantat din anul 2002, pentru a deveni asigurați sau pentru a-și menține acest statut, persoanelor fără un venit minim garantat le este acordată prin lege posibilitatea de a se înscrie în programe de muncă în folosul comunității, prin intermediul primăriilor de care aparțin, pentru a li se asigura venitul minim garantat, necesar pentru a fi asigurați la CAS.

Însă, după cum precizează reprezentanții romi intervievați, pe parcursul acestor proceduri, populația roma întâmpină o serie de dificultăți. Apoi este adevărat că reglementările recente prevăd o oarecare includere în sistemul serviciilor de sănătate și a persoanelor fără acte de identitate și/sau domiciliu. Cei fără acte vor fi trecuți în evidența medicilor de familie din zona de domiciliu pe anumite liste speciale, urmând a beneficia de campanii de vaccinare și alte servicii de bază, însă, ulterior, ei întâmpină aceleași probleme ca și cei cu acte, intrând în categoria asiguraților neplătitori.

Dificultăți de aplicare a noului sistem de Asigurări sociale de sănătate, în general, și în cazul romilor, în particular

Datorită strategiei confuze și altor factori conjuncturali (mutațiile de pe piața

muncii, accesul greu la informație al unor grupuri sociale etc.) problemele în aplicarea noului sistem de asigurări sociale de sănătate nu au întârziat. Pe de o parte, au apărut dificultăți între diferitele niveluri de decizie (necesitatea unei autonomii a Caselor de Asigurări) între cele două părți contractante (Case de Asigurări-medici de familie), iar pe de altă parte, între aceste structuri și beneficiarii de servicii (de exemplu în cazul neplătirii contribuției prin stopajul la sursă, bani care erau reținuți de către angajator și nu mai erau virajați spre Casele de Asigurări).

Alte probleme care afectează aplicarea adecvată a noului sistem sunt difuzarea responsabilității și lipsa informării asupra drepturilor și obligațiilor corelative, nou instituite, atât a celor activi în sistem, cât și a beneficiarilor.

Dr. L.C. de la CJAS Cluj, subliniază carența de informare legislativă atât a furnizorilor, cât și a beneficiarilor de servicii. Problema centralizării excesive este pusă în discuție în mod repetat de către reprezentanții structurilor județene a Caselor de Asigurări de Sănătate. De fiecare dată se reclamă necesitatea de a pune în practică principiul subsidiarității. Deciziile, mai ales acelea referitoare la alocările de fonduri trebuie luate la cel mai jos nivel posibil, adică în funcție de situația specifică din fiecare județ, după cum reclamă specialiștii intervievați care aduc în atenție nevoile suplimentare ale unui sistem de sănătate.

La nivelul beneficiarilor se identifică probleme de informare vis-a vis de drepturile și obligațiile exacte pe care le au odată cu implementarea noului sistem. De asemenea, se remarcă și problema nevărsării de către angajator a veniturilor datorate CAS, deși acestea au fost încasate de la beneficiar. Implicat apar și sentimente de neîncredere cu privire la instituțiile din sistemul de asigurări de sănătate.

Problemele romilor sunt și mai dificile. Opiniile romilor și ale specialiștilor în domeniul sănătății sunt divergente. Personalul Caselor de Asigurări de Sănătate acuză populația romă aflată în această situație de ignoranță și lipsă de seriozitate în prestarea muncilor în folosul comunității

pentru a putea beneficia de venitul minim garantat și, implicit, de asigurarea de sănătate. Pe de altă parte, liderii romi intervievați reclamă situații în care, deși se prestează muncă de câteva luni, plățile întârzie sau vin doar parțial. Aceste întârzieri demotivează populația romă și o determină să revină la muncile sezoniere, să renunțe la perspectiva unui venit minim garantat și la cea a obținerii unei asigurări sociale de sănătate.

“Principalele probleme ale sistemului de asigurări de sănătate, în ce-i privește pe romi sunt următoarele: lipsa de informare a romilor în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, lipsa de resurse pentru a accede la sistem și problemele de atitudine și de comportament generate de “cultura sărăciei” (D.D. Cluj).

Propuneri

❖ Realizarea unei baze de date și dezvoltarea unui sistem informatic la nivel județean

❖ Definirea clară a pachetului de servicii oferit, a drepturilor și obligațiilor corelative ale noului sistem și ale beneficiarilor și difuzarea unor publicații în acest sens

❖ Elaborarea protocoalelor de prestații pe categorii de afecțiuni și tratamente (inclusiv prestații financiare)

❖ Realizarea unor “campanii de educație pentru sănătate” (D.D. Cluj) și de educație civică. Este foarte important rolul liderului comunitar într-o relație directă cu organizații non-guvernamentale sau organizații ale romilor în special și în legătură directă cu persoanele din serviciile specializate de sănătate, cu precădere viitorilor mediatori sanitari romi”

❖ “realizarea actelor de identitate, stabilirea unui statut rezidențial în locul în care aceștia se află, în sensul realizării vizei de flotant și campanii de efectuarea carnetelor de sănătate și de educație privind realizarea tuturor itemilor necesari și

importanți din carnetul de sănătate” (D.D. Cluj)

❖ *“Realizarea campaniilor de împărțire a unor fluturași în care să se evidențieze foarte clar importanța și necesitatea înscrierii la un medic de familie și pericolul reprezentat de situația în care nu sunt înscriși, dar vor fi în situația de a fi bolnavi sau în necesitatea unei operații sau intervenții chirurgicale” (D.D. Cluj) .*

PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE ROMILOR

Principalele probleme de sănătate cu care se confrunta romii

Grupul etnic rom nu se confruntă cu probleme de sănătate esențial diferite în comparație cu cele ale populației majoritare. Dincolo de această apreciere de fond, trebuie însă scoase în evidență anumite elemente specifice acestei populații.

Specialiștii în domeniul sănătății care au fost intervievați identifică anumite probleme de sănătate specifice care derivă din situația de sărăcie și din cultura sărăciei.

„Cele mai importante probleme de sănătate cred că sunt izvorâte din problemele sociale generale ale acestui grup etnic, adică, foarte mulți dintre ei fiind nomazi este evident că nu au un medic de familie, evident că nu-și fac controale medicale periodice”. (reprezentant Casa Națională de Asigurări de Sănătate, București).

În acest sens dr. L.C. de la CJAS Cluj arată că *“începând de la perioada de copil și până la adult... starea de patologie pediatrică, pe prim plan cu patologia respiratorie și cu patologia digestivă, boala diareică de natură infecțioasă la copii, parazitozele, iar după aceea bolile cu transmitere sexuală sunt cele mai frecvente”*. Este menționată de asemenea patologia TBC, cu rezerva că nu poate fi invocată o preponderență a acesteia. În plus, ar putea fi menționate afecțiunile stomatologice, iar dintre afecțiunile digestive, specialiștii intervievați au

remarcat enterocolita infecțioasă. Majoritatea acestor probleme derivă din condițiile precare în care trăiesc romii.

O serie de probleme sunt cauzate de lipsa de organizare a vieții din punctul de vedere al planning-ului familial. Prin urmare, specific societăților tradiționale, în comunitățile de romi, fertilitatea nu este controlată. Pe lângă faptul că natalitatea este foarte ridicată în rândul acestei populații, frecvența avorturilor este foarte mare la nivelul populației în general și în cazul femeilor în special. Natalitatea foarte ridicată se află în contrasens cu condițiile precare de viață (problemele de igienă, de alimentație), întreținând starea problemelor.

„Eu cred că există pentru că e altă societate, adică au viața lor, cu alte reguli și se cunosc regulile astea. Deci asta spun că din cauza faptului că au căsătorii din adolescență, deci sunt cu nașteri multe deci sunt probleme deosebite. Cu fumat, deci sunt probleme de acest gen. Deci au probleme ginecologice, femeile, menopauză precoce deci tot cu probleme de genul ăsta deci sunt niște probleme dar nu au niște boli specifice. Mai sunt unele care apar mai repede ca și cum ar îmbătrâni mai repede deci apar boli la care te aștepti să apară după 20 de ani, nu la 35 de ani ci de la 50 de ani în sus”. (medic dispensar TBC, București)

Nivelul ridicat al mobilității în comunitățile marginale fac extrem de dificilă intervenția serviciilor medicale și sociale. Apartenența la comunități marginalizate / sărace – înseamnă, pe de o parte lipsa, oportunităților și pe de altă parte, însușirea unui mod de viață adaptat sărăciei și excluderii sociale: *„sărăcia formează o cultură (sau o subcultură, în raport cu cultura colectivității globale) – valori, norme, moduri de a gândi și simți, care modelează comportamentul indivizilor. Sărăcia nu se instalează doar prin dispariția/inexistența mijloacelor de viață, dar și prin transmitere culturală, în procesul socializării²”*. Reducerea marginalizării acestui tip de

² Politici sociale - România în context european, Cap. 4 – Sărăcia: teorii și factori, coordonatori: Elena Zamfir, Cătălin Zamfir

comunitate presupune mai mult decât eliminarea/estomparea factorilor de risc individuali. Problemele sociale își dezvoltă mecanisme de perpetuare care necesită intervenții la nivel comunitar prin implicarea nu doar a furnizorilor de servicii sociale ci și a beneficiarilor.

În cazul comunităților marginale de tipul celor din București, cartierul Ferentari, bolile și afecțiunile sunt determinate mai degrabă de condițiile de locuire sau alimentație decât de un stil de viață liber asumat. În mod surprinzător, liderii romi intervievați aduc o completare în ceea ce privește calitatea vieții romilor plasând în acest cerc vicios deficitul de educație al romilor.

Condițiile de trai ale romilor din comunitățile sărace sunt determinate nu doar de apartenența la o categorie socială marginală (lipsa accesului la o parte din utilitățile publice etc.) ci și de modul în care sunt utilizate resursele pe care le au. Igienă precară, supraaglomerarea locuinței (în special în mediul rural) sunt doar câțiva factori care depind în mare măsură de efortul individual.

Tuberculoza este în comunitățile marginale boala care afectează un număr mare de persoane și familii. Subiecții intervievați apreciază că nu apar diferențe majore între numărul de bolnavi romi și cei de alte etnii decât în măsura în care comunitățile cu risc, sărace, sunt populate majoritar de romi. Condițiile precare de locuire, igienă și alimentația necorespunzătoare sunt factorii comuni predispozanți ai bolii care înlătură barierele etnice.

În ceea ce privește condițiile de locuire, se atrage atenția asupra faptului că un bolnav de TBC constituie o sursă de îmbolnăvire pentru ceilalți membri ai familiei sale în condițiile în care spațiul de locuit pentru 7-8 sau chiar 10, persoane din 2 sau 3 generații, se reduce la o cameră de 10-12 mp.

„Nu sunt chiar toți dar în primul rând că sunt foarte mulți în spații limitate, cel puțin la tuberculoză asta este o

nenorocire, mai avem probleme din cauza domiciliului stabil și a celor care locuiesc acolo. Cam astea ar fi problemele, însă cea mai mare este că nu putem stabili cu acuratețe câți intră în contact cu bolnavul de tuberculoză. Nu la toată lumea dar asta e o problemă mare pentru că sunt de obicei numeroși și stau, sunt mai multe familii într-o curte, sunt în două camere ale lor, stau 5-10 constant și mai e o curte în care sunt 30 de oameni sau mai mulți” (medic dispensar TBC, București)

Tot în cazul pacienților bolnavi de tuberculoză, sistemul medical nu poate asigura accesul acestora la servicii sau resurse care pot facilita reducerea perioadei de tratament și eficacitatea acestuia. Astfel, pacienții accesează serviciile medicale care presupun pentru aceștia costuri minime, însă costisitoare pentru sistemul de servicii de sănătate. Lipsa banilor pentru achiziționarea unor medicamente sau pentru plata consultației unui medic primar (de familie) determină, din partea celor neasigurați, un abuz de servicii oferite în spital unde medicamentele sunt acordate gratuit. Spitalizarea poate fi un remediu nu doar pentru problemele medicale dar și pentru cele de asistență socială (hrană, cazare). Sunt situații în care este practic imposibil, în ciuda eforturilor depuse de medici, de a urmări starea unui pacient.

Cauzele incidenței specifice a acestor maladii

Se remarcă doua linii de abordare a acestui subiect, deși interdependente în mare măsură: *cauzele legate de cultura sărăciei și cele relaționate cu sărăcia ca atare.*

Sărăcia, manifestată în principal prin condițiile de igienă precară, lipsa celor mai elementare facilități specifice lumii moderne: apa curentă, lumină, gaz, alimentația deficitară, periclitează sănătatea copilului încă din perioada prenatală. Specialiștii în sănătate intervievați apreciază că alimentația deficitară a mamei influențează negativ dezvoltarea armonioasă a copilului, iar diferitele infecții existente în organism datorită condițiilor neigienice de

viață au același impact. În aceste condiții copilul este expus riscului de a se naște cu o serie de carențe (dr. L.C., Cluj). Specialiștii apreciază, de asemenea, că fumatul în timpul sarcinii și formele tradiționale de îngrijire a femeilor însărcinate, lipsa controalelor medicale periodice, pot conduce la o serie de disfuncții în organismul mamei, unele dintre ele putându-i pune în pericol viața (dr. L.C., Cluj). Dacă se naște sănătos, copilul rom beneficiază de o perioadă de siguranță relativă atâta timp cât este hrănit prin alăptare. Odată însă ce această perioadă se încheie urmează impactul dur al alimentației necorespunzătoare asupra sănătății copilului. De aici, bolile digestive (boala diareică de natură infecțioasă, subnutriția, distrofia, rahitismul, anemia).

Condițiile precare de igienă permit asaltul parazitozelor și al bolilor infecțioase, al bolilor specifice patologiei infecțiilor respiratorii. Cultura sărăciei acționează ca sursă a multiplelor cauze concrete ale diverselor maladii. Lipsa educației, atitudinea de neglijență și blazare în fața condițiilor improprii de locuire și alimentație, reticența în consultarea medicilor, modelele comportamentale deviante și stilul de viață neadaptat societății contemporane constituie tot atâtea cauze ale incidenței specifice a bolilor în comunitățile de romi.

Elementul cultural și educațional are repercursiuni severe începând din primii ani de viață: ignoranța sau nepăsarea părinților în fața vaccinărilor obligatorii pune în pericol sănătatea copiilor pe termen lung, fapt subliniat de toți specialiștii în sănătate intervievați. În aceeași sferă a culturii sărăciei, liderii romi intervievați includ și practica implicării copiilor în muncă începând de la 9-10 sau 11 ani, determinând astfel absenteismul și abandonul școlar, proiectând o educație insuficientă pe viitor și reducând semnificativ șansele romilor de a se integra în societatea contemporană.

În opinia aceluiași lideri romi intervievați, neînregistrarea unora dintre etnici în evidențele oficiale concură la deteriorarea stării sănătății acestora, mai ales o dată cu implementarea noului sistem de

asigurări sociale de sănătate. Romii fără acte de regulă nu sunt angajați legal, nu au un venit minim garantat și nu pot achita asigurarea de sănătate. Această realitate, dublată de reticența de a se prezenta la medic conduce, în opinia specialiștilor în sănătate la situații extreme, în care romii apelează la serviciile medicale doar în situații de extremă urgență și uneori prea târziu sau la situații în care medicii sunt obligați să intervină când anumite focare de infecții pun în pericol sănătatea publică (dr. L.C. Cluj).

Elaborarea și implementarea politicilor publice pe baza criteriilor de eficiență economică și nu de eficacitate de către autorități și lipsa de consecvență a acestora în implementarea politicilor publice de ameliorare a situației romilor, prin atitudini de genul “sacului fără fund” constituie cauze cu consecințe asupra sănătății comunităților de romi și a sănătății publice în general.

PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE COPILOR ROMI

Principalele probleme de sănătate ale copiilor romi

Subiecții intervievați evidențiază faptul că în cazul copiilor aparținând acestei etnii nu există boli specifice diferite de cele întâlnite la copiii grupului majoritar și a celorlalte minorități.

Totuși, liderii romilor care au fost intervievați consideră că poate fi vorba de probleme deosebite de sănătate ale copiilor romi, referindu-se în special la “perioada prenatală în care multe mame nu au o alimentație corespunzătoare, sau fumează, sau nu se protejează cum ar trebui”; în plus, “foarte multe mame nasc la 15-16 sau 17 ani, acest lucru însemnând din punctul de vedere al organismului un lucru negativ asupra sarcinii”, iar “condițiile de locuit și de alimentație fac ca sănătatea copiilor romi să fie precară...” (R.L., Cluj). Frecvența mai mare a anumitor manifestări patologice în cazul copiilor romi și eventual,

cauzele de producere ale acestora sunt singurele elemente distinctive în acest sens.

Personalul medical interviuat la Iași crede că, în general, copiii romi au o stare de sănătate superioară copiilor aparținând populației majoritare, în special datorită grijii pentru alimentație și alimentației naturale prelungite.

“Ba, dimpotrivă, de regulă familiile de romi își îngrijesc, țin la copii față de populația generală. Deci, patologia la copii este patologia să spunem normală sau uneori indicatorii de sănătate sunt mai buni decât la ceilalți” (V.A., CM, Iași)

Atenuarea semnificativă a problemelor din trecut este pusă pe seama campaniilor de vaccinare. S-a pus un accent deosebit, în cazul majorității celor intervieuați, pe campaniile de vaccinare care au dat rezultate foarte bune.

“... sunt mai bine dezvoltați decât copiii noștrii [ai populației majoritare], unde alimentația naturală nu prea se practică.” (dr. M, Iași) *“Se alimentează foarte bine. Eu v-am spus. Ei se alimentează. Și pentru copii, să știți că romii fac un efort deosebit.”*(dr. M, Iași)

O altă opinie referitoare la alimentația naturală este contrară: prelungirea alăptării și implicit întârzierea debutului diversificării conduce la carențe semnificative:

“... deci ei merg foarte bine cât le ajunge alimentația naturală până în jur de 6-7 luni, după 6 luni aproape toți devin distrofici, rahitici, deci cu probleme de astea grave...și alte îmbolnăviri: afecțiuni ale căilor respiratorii superioare care mai sunt generate și de anumite condiții în care trăiesc ei: folosesc plăpumi de puf, fum mult este în casele lor, praf, probabil și acarieni...mulți au probleme.” (dr. I, Iași)

Alte opinii susțin că adevărul ar fi undeva la mijloc în sensul că alimentația naturală prelungită este un avantaj dacă este însoțită de diversificare la timpul potrivit. În cazul în care se întârzie debutul diversificării, alimentația naturală prelungită

devine un factor de risc pentru sănătatea copiilor.

Specialiștii din cele trei zone incluse în cercetare identifică mai multe domenii de probleme de sănătate ale copiilor din comunitățile de romi: bolile respiratorii (bronho-pneumoniile), digestive (dintre acestea cea mai mare frecvență o au enterocolitele infecțioase, parazitozele) bolile cu transmitere sexuală, anemia, rahitismul, afecțiunile dermatologice.

Cauze ale manifestării acestor probleme de sănătate specifice comunităților rome

Principalele cauze ale îmbolnăvirii copiilor romi, specifice grupului etnic din care provin, se referă la condițiile socio-economice și la neglijența părinților-simptom al culturii sărăciei. Condițiile de alimentație și de îngrijire sunt apreciate de către specialiștii în sănătate drept inadecvate, părinții fiind considerați *“refractari la indicațiile medicului de familie, la modul lor de îngrijire, la igiena sugarului. Nu respectă indicațiile medicului, ale asistentei de îngrijiri, nu respectă în condițiile în care un copil este bolnav, planul de tratament, nu respectă condițiile de internare, de multe ori stau 2-3 zile cu copilul internat și după aceea fug din spital... nu respectă partea de prevenție, rezultând foarte mulți copii cu carențe de fier...mulți cu rahitism. Deci fierul, rahitismul sau cei cu distrofii, nu respectă schema de alimentație”* (L. C, Cluj).

Condițiile socio-economice specifice unor comunități de romi sunt considerate, atât de către specialiștii în sănătate, cât și de către liderii romi intervieuați, în mare măsură responsabile de incidența accentuată a anumitor boli în cazul copiilor romi. Absența mijloacelor de subzistență din anumite comunități de romi: lipsa apei curente, a electricității, a gazului, determină persistența unor condiții de viață improprii. Lipsa igienei alimentare, alimentația deficitară au un impact direct asupra sănătății copiilor romi.

Pe de altă parte, neglijența părinților, începând cu cea a mamelor din

timpul sarcinii și continuând cu reticența față de vaccinările și tratamentele obligatorii din primii ani de viață, influențează decisiv sănătatea acestor copii. Relațiile problematice pe care le au medicii de familie cu părinții romi au consecințe indirecte asupra sănătății copiilor romi.

De multe ori, romii spun că se simt discriminați și au reacții adverse față de medici, iar personalul medical invocă neglijența cronică a romilor față de condițiile elementare de igienă, față de condițiile de prevenție prescrise și față de sfaturile primite. Aceste situații sunt relatate și de către specialiștii în sănătate, dar și de către liderii romi intervievați.

Există anumite cauze care, fără a avea vreo legătură directă cu comunitățile de romi, influențează acest grup, având efecte adverse asupra sănătății copiilor. Aceste cauze se referă la condițiile generale ce caracterizează societatea extinsă în cadrul căreia trăiesc etnicii romi. Prin nivelul scăzut de educație și prin stilul tradiționalist de viață, etnia romă reprezintă un segment vulnerabil al societății și copiii romi elementul cel mai fragil al acestuia. Șomajul accentuat din rândul romilor, sărăcia și marginalizarea au consecințe asupra stării de sănătate a copiilor romi. *“Primii care au fost dați afară de la lucru au fost romii și acum ultimii care-s încadrați în muncă tot romii îs... foarte mulți spun: încadrăm în muncă dar să nu fie romi.”* (O. G, Cluj)

Un alt element cu incidență din exterior asupra grupului minoritar rom și implicit asupra sănătății copiilor romi este elementul legislativ. Pentru a putea deveni beneficiari ai noului sistem, sistemul îi obligă pe romi să obțină un venit minim. Referindu-se la legea cu venitul minim pe economie, O.G (Cluj) subliniază în interviul realizat că *“nu-i bine pusă în practică legea și sunt mulți care au luat (bani) numai pe ianuarie și februarie și suntem în iunie.”* Aplicarea deficitară a legii face ca o parte dintre romi să nu aibă acces la serviciile de sănătate, să nu aibă o șansă reală de a obține venitul minim garantat. Repercursiunile acestei situații sunt suportate în egală măsură de adulți și de copii, deși copiii sunt

mai vulnerabili în fața lipsurilor de tot felul și a inaccesului la serviciile de sănătate.

PROBLEME DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI DE ROMI ÎN COMPARAȚIE CU PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI MAJORITARE ȘI A CELORLALTE MINORITĂȚI

Probleme specifice populației de romi

Atât din opiniile liderilor romi intervievați cât și din cele ale specialiștilor în probleme de sănătate, se arată că nu este foarte corect să se vorbească de probleme de sănătate specifice populației de romi. Cel mult poate fi vorba despre frecvența mai mare a anumitor boli în cadrul comunităților de romi, dar aceasta este pusă unanim pe seama sărăciei și a culturii sărăciei, și nu pe seama apartenenței etnice: *“Dacă ar fi maghiarii foarte săraci, ar fi în aceeași situație ca și romii”* sau *“Dacă neromii ar fi în aceeași situație economico-socială ca și romii, eu cred că ar avea aceleași probleme de sănătate, nu cred să existe caracteristici culturale ale sănătății”* (R.L., CRCR Cluj).

“Etnia romă este o grupare foarte grijulie cu starea ei de sănătate” (M.F., DSP, Iași)

“Problemele lor de sănătate sunt aceleași ca și ale românilor. Nu au probleme deosebite de sănătate, cel puțin la nivelul cartierului nostru. Eu mă refer la cartierul nostru.” (dr. M, Iași)

În Iași, există diferențe de opinie între liderii populației roma datorate ariei de raportare. Consilierul prefectului susține că sunt totuși probleme la nivel de județ. Faptul ca mulți romi se prezintă târziu la medic în

cazul apariției unei afecțiuni conduce la agravarea stării de sănătate a populației roma. Romii au boli care necesită tratamente costisitoare cum ar fi diabetul. Ei nu se tratează, ajung în stadii cronice și se cheltuie foarte mulți bani degeaba sau oricum bani a căror cheltuire pe acest item ar putea fi evitată. Reapare ideea că nu lipsa banilor ar fi problema ci modul deficitar de cheltuire a lor ceea ce face să se risipească multe resurse. De exemplu unii romi care nu își tratează afecțiunile și ajung în stadii cronice devin handicapați și obțin dreptul la un însoțitor care câștigă salariul minim pe economie.

În Cluj, personalul medical identifică anumite situații specifice comunităților de romi care conduc la incidență mai severă a unor boli asupra acestora: abandonul copilului și copii nevaccinați. Fenomenul de abandon al copilului înseamnă, în opinia specialiștilor în sănătate intervievați, costuri foarte mari pentru societate: instituționalizarea copiilor fără a avea o incidență directă asupra stării de sănătate a romilor. Situația nevaccinării copiilor romi are însă repercusiuni directe asupra stării lor de sănătate și chiar asupra sănătății comunitare, generând o rezistență mai scăzută la factorii patogeni.

Totuși, în opinia lui R. L. (Cluj), *“multe femei înțeleg foarte clar ce înseamnă vaccinul pentru copiii lor. Sunt care poate chiar nu înțeleg sau chiar nu vor să meargă, dar nu cred să existe ceva specific culturii sau populației de romi că nu acceptă vaccinul”*.

Există o frecvență mai mare a unor boli în cadrul comunităților de romi: enterocolita infecțioasă, bronho-pneumoniile și parazitozele *“ au o incidență mult mai mare la aceasta etnie”* conform aprecierilor exprimate de către dr. L. C. (Cluj) cu ocazia intervieării. Referindu-se la aceeași etnie, doamna doctor L.C. menționează incidența crescută a bolilor cu transmitere sexuală în cadrul acestei comunități în comparație cu cea la nivelul populației majoritare.

Cauze ale acestor probleme

Cauze ale acestor probleme de sănătate specifice mai ales prin incidența ceva mai ridicată sunt identificate de către subiecții intervievați în aceleași condiții socio-economice precare și în cultura sărăciei care le întreține, aspecte prezentate în primul capitol.

Opinia specialiștilor în domeniul sănătății, care au fost intervievați, este aceea că educația extrem de redusă a femeilor din populația romă, care limitează accesul lor la informații, și determină reticență față de practica vaccinării, condițiile de alimentație precare, locuințele insalubre și igienă deficitară grefate pe o atitudine de neglijență și blazare, pe o cultură tradiționalistă, reprezintă cauzele incidenței crescute a problemelor de sănătate în cazul romilor comparativ cu populația majoritară.

CAUZELE ACCESULUI SCĂZUT AL ROMILOR LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Cauze generale, care vizează relația cu serviciile de sănătate și integrarea socială

Între cauzele de ordin general care concură la îngreunarea asistenței sanitare pentru romi, după cum reiese din interviurile aplicate, un loc central este ocupat de problemele de atitudine.

Medicii pe de o parte consideră că *“societatea le-a creat toate condițiile pentru a avea acces”* și că *“totul depinde de ei”* (dr. econ. E. G, Cluj). În interviul acordat, d-na dr. L. C.(Cluj), referindu-se la pacienții romi, afirma că aceștia *“sunt foarte reticenți, nu respectă schemele de tratament, nu respectă programarea la medicii de familie pentru examinările de bilanț”*. Din interviurile realizate rezultă că medicii recunosc pe de-o parte ca au dificultăți de relaționare cu etnicii romi și acuză o ținută marcată de o lipsă de igienă și o atitudine pe care ei o consideră nerespectuoasă.

Liderii romi intervievați afirmă că *“romii de obicei sunt foarte săraci și în același timp au o stare emoțională mai negativă”* (R. L., Cluj). În percepția aceluiași

lider rom, *“situația tipică decurge astfel:”* (Romii)...*merg o dată, de două ori și nu sunt primiți, a treia oară când merg fac scandal... și de aici apare conflictul... și romii nu mai sunt serviți ca și neromii care nu fac întotdeauna scandal”*; o parte dintre romi *“merg cu un miros mai interesant la medic”, dar “medicii trebuie să acorde aceleași servicii și aceeași atenție tuturor clienților pe care îi au, indiferent dacă sunt foarte bogați și primesc o șpagă sau (dacă) vine și îi dă un ou, că nu are ce să-i dea, și mai și miroase pe deasupra”* (R. L.).

Cauze care derivă din cadrul funcțional actual al Legii Asigurărilor Sociale de Sănătate

În interviul realizat cu dl. O. G (Cluj), acesta apreciază că *“foarte mulți dintre romi nu se încadrează în legea actuală - legea cu asigurările de sănătate”. Acesta estimează că “o proporție de 30% dintre romi nu beneficiază de asigurare de sănătate fie din cauză că nu au acte, fie pentru că nu se încadrează în lege preponderent datorită faptului că nu au un loc de muncă”*.

Lipsa informației vis a vis de cadrul funcțional actual al Legii asigurărilor sociale de sănătate în cadrul comunităților de romi e identificată de către liderii romi ca una dintre cauzele pentru care e îngreunată asistența medicală în respectivele comunități: *“sunt mulți (romi) care nu știu”, iar “dacă înainte romii nu beneficiau de servicii de sănătate în condiții normale, în prezent, romii nu beneficiază aproape deloc de serviciile de sănătate din cauza politicii sociale”, este percepția d-lui R. L.*

Perspectiva medicilor aduce argumente în plus opiniei potrivit căreia romii sunt dezavantajați în actualul sistem: *„Pacienții sunt foarte reticenți, iar medicii au dreptul să nu îi înscrie pe listă”*. (L. C.). În contractul cadru și în normele de aplicare a acestuia se specifică foarte clar că dacă nu se respectă indicațiile medicului, acesta are posibilitatea să renunțe la pacientul de pe listă. Considerând conflictele atitudinale semnalate de către părțile intervievate

menționate în subcapitolul anterior este ușor identificabil dezavantajul romilor în acest sistem.

Cauze care derivă din statutul socio-economic și educațional-cultural al romilor

Reglementările legislative în vigoare relaționează statutul de asigurat cu obținerea unui venit minim garantat. Neangajarea și șomajul ridicat din cadrul comunităților roma pune în pericol accesul acestora la sistemul de sănătate. Soluția muncii în folosul comunității furnizată prin legislație pentru a veni în sprijinul celor care nu obțin nici un venit, spre a li se asigura un venit minim garantat, nu este viabilă, în opinia romilor, pentru că statul nu-și respectă obligațiile: *“plățile întârzie să apară sau vin înjumătățite, sau vin cu întârziere”, provocând astfel demotivarea romilor* (D. D., Cluj).

Lipsa actelor de identitate și sărăcia accentuată, întreținută prin cultura sărăciei, se adaugă la cauzele pentru care e îngreunată asistența sanitară pentru romi. Astfel, lipsa educației în rândul populației roma conduce la pătrunderea greoaie a informației în aceste grupuri, iar lipsa informației îngreunează în mod semnificativ accesul romilor la sistemul de sănătate, apreciază D. D., menționând principalele probleme ale sistemului de asigurări de sănătate cu incidență asupra romilor: *“lipsa de informare în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, lipsa de resurse pentru a accede la acest sistem și problemele de atitudine și comportament generate de cultura sărăciei.”*

CONCLUZII

Condițiile socio-economice corespunzătoare stării de sărăcie și concretizate prin lipsa unui venit permanent, lipsa unei alimentații sănătoase, locuințe insalubre, lipsa igienei elementare și lipsa educației duc inevitabil la probleme specifice în accesarea sistemului de asigurări sociale de sănătate: lipsa de informare a

romilor în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate; lipsa resurselor necesare pentru a accede la sistem în condiții de legalitate și problemele de atitudine și de comportament.

Problemele de sănătate ale romilor (adulți și copii) deși nu esențial diferite de problemele de sănătate ale populației majoritare, și a celorlalte minorități, se deosebesc de acestea din urmă printr-o incidență mai mare a anumitor boli. Cu atât mai mult se face simțită nevoia de servicii sanitare specializate la nivelul acestei comunități. Însă disfuncțiile noului sistem de asigurări sociale de sănătate în rezolvarea problemelor cu care se confruntă romii sunt acutizate de carența măsurilor speciale, a programelor și proiectelor guvernamentale și neguvernamentale de asigurare a sănătății în comunitățile de romi..

Perspectiva specialiștilor din domeniul medical accentuează cultura sărăciei, nu neapărat referindu-se la sărăcie ca atare, ci mai degrabă în scopul completării și explicitării ei. Cultura sărăciei se referă la setul de valori, atitudini, cunoștințe și practici, modele comportamentale și stil de viață care concurează la perpetuarea stării de sărăcie. Lipsa educației, atitudinea de blazare și ignoranța în fața condițiilor inadecvate de locuire, alimentație, igienă, reticență față de îngrijirea specializată a sănătății, cunoștințele și practicile arhaice de menținere și organizare a vieții, comportamentul contraproductiv față de autorități și stilul de viață tradiționalist reprezintă tot atâtea cauze ale accesului greu al romilor la serviciile de sănătate.

Accesul romilor la serviciile de sănătate mai este influențat și de acțiunea statului prin legislație. Iar în acest punct, cele două perspective diferă: specialiștii în sănătate intervievați interpretează noul sistem de asigurări sociale de sănătate ca pe un element de reformă care pune accentul pe criteriile de eficiență, în timp ce reprezentanții romi intervievați, abordează situația din perspectiva eficacității. Opinia acestora din urmă pare a fi legitimă atâta timp cât serviciile de sănătate sunt

considerate ca făcând parte din sfera publică și nu din cea privată, în contextul asigurărilor sociale de sănătate.

Recomandări

La nivelul politicilor sociale, politicilor de sănătate în sens mai restrâns, având în vedere sărăcia cu care se confruntă romii, cu toate implicațiile ei, ar fi de avut în vedere o reglementare normativă a acordării de servicii medicale curente, acelor persoane care nu sunt înscrise în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv în situația cea mai dezavantajoasă, când nu au acte de identitate și de domiciliu.

Complementar, ar fi de urmărit și o persuadare crescută a acelor cetățeni romi care au resursele necesare pentru a accede la sistemul asigurărilor sociale de sănătate dar nu o fac pentru că nu conștientizează suficient importanța acestui fapt.

Implementarea unor programe de educație civică și de educație pentru sănătate, în intenția ameliorării nivelului de informare despre sistemul asigurărilor de sănătate, a conștientizării importanței (auto)protejării sănătății, a amorsării unor atitudini mai puțin disfuncționale în relația cu furnizorii de servicii de sănătate.

Derularea de programe adecvate, care să aibă gradul de rafinament necesar unui public țintă pretentios, prin care să se amplifice gradul de toleranță și de acceptare din partea medicilor, a furnizorilor de servicii de sănătate în general, a stilului atitudinal, comportamental specific unei părți a pacienților romi.

**PROGRAMELE DERULATE DE CĂTRE SERVICIUL DE
REINTEGRARE SOCIALĂ ȘI SUPRAVEGHERE DE PE LÂNGĂ
TRIBUNALUL BUCUREȘTI**

Gabriel Oancea
Șef serviciu SRSS București
Raluca Ionescu
Consilier SRSS București
Marian Badea
Consilier SRSS București

Programele de asistență și consiliere a persoanelor aflate în supravegherea SRSS au un rol foarte important în reintegrarea socială a persoanelor supravegheate.

De multe ori, chiar măsurile/obligațiile impuse în sarcina acestuia au un pronunțat caracter de reintegrare socială. Este, de exemplu, cazul obligației de a nu frecventa anumite locuri, de a nu se întâlni cu anumite persoane, de a desfășura o activitate neremunerată, de a urma un curs de învățământ sau calificare sau de a urma o cură în vederea dezintoxicării.

Chiar și măsura de prezentare la sediul serviciului la datele fixate în planul de supraveghere, în măsura în care este respectată în condițiile fixate de lege și aduse la cunoștința minorului, dacă este respectată riguros, poate fi un argument în favoarea faptului că minorul supravegheat a adoptat o atitudine pro-socială.

Totuși, activitatea de reintegrare socială este strâns legată de activitatea de asistență și consiliere.

În conformitate cu prevederile legale, activitatea de asistență și consiliere se desfășoară la cererea persoanei supravegheate, care depune o cerere scrisă în acest sens la serviciul de reintegrare socială și supraveghere.

În derularea activităților de asistență și consiliere, serviciile de reintegrare socială și supraveghere urmăresc corectarea comportamentului infracțional prin conștientizarea de către minori a consecințelor acesteia și asumarea responsabilității pentru fapta comisă, motivarea minorului în vederea dezvoltării

responsabilității și autodiscipliniei, elaborarea și derularea unor programe eficiente de asistență și consiliere în funcție de nevoile identificare ale minorului, sprijinirea acestuia în vederea satisfacerii nevoilor sociale referitoare la educație, pregătire profesională, loc de muncă, locuință sau alte asemenea nevoi.

Faptul că activitatea de asistență și consiliere se desfășoară la solicitarea persoanei supravegheate prezintă uneori dezavantajul de a limita posibilitatea intervenției consilierului de reintegrare socială în rezolvarea anumitor nevoi cu potențial criminogen ale minorului supravegheat.

În practica S.R.S.S. București, acest dezavantaj a fost surmontat, în unele cazuri, pornindu-se de la prevederile art. 86/3 lit. Cod Penal. Astfel, în unele cazuri, prin hotărârea de condamnare se impune minorului „să desfășoare o activitate în sensul de a participa la programele derulate de către SRSS singur sau în colaborare cu partenerii săi guvernamentali sau neguvernamentali”. Oricum, și în aceste circumstanțe, programele în care persoanele supravegheate sunt implicate trebuie să fie adecvate nevoilor acestora, alegerea fiind lăsată la latitudinea consilierului de reintegrare socială și supraveghere.

Aceste programe pot fi programe individuale sau programe de grup. Scopurile pe care acestea le urmăresc pot viza conștientizarea gravității faptelor pentru care a fost sancționat și impactul pe care aceste fapte l-a avut asupra victimei, a importanței pe care o are influența grupului de prieteni dar și determinarea minorului în vederea

stabilirii unor obiective realiste în viață, pornindu-se de la premisa că uneori în etiologia infracțiunii poate fi identificată o discrepanță între fixarea unor obiective nerealiste în raport cu abilitățile minorului de a le atinge.

Activitatea de reintegrare socială nu este o activitate în care să fie implicat numai serviciul de reintegrare socială și supraveghere. Pornindu-se de la premisa că, în ultimă instanță, beneficiarul activității este chiar comunitatea, cadrul legal care reglementează activitatea serviciilor de reintegrare socială și supraveghere prevede că acesta se desfășoară și prin atragerea și implicarea comunității. În mod concret, se impune stabilirea unor parteneriate cu instituții publice sau private care să ofere servicii în domeniile de interes ale serviciului. De exemplu, aceste servicii pot viza găsirea unui loc de muncă, formarea profesională, consilierea psihologică, mediere sau dezintoxicarea minorilor dependenți de substanțe stupefiante.

Pentru ca o activitate de asistență și consiliere să poată fi considerată un succes este necesar ca aceasta să aibă la bază o evaluare foarte bună a nevoilor persoanei supravegheate.

Pe de altă parte, activitatea de asistență și consiliere trebuie să țină seama de faptul că trebuie construită și întreținută motivația autentică pentru depășirea comportamentului infracțional la cei asistați, că aceștia de multe ori îi percep pe consilierii de reintegrare socială și supraveghere ca agenți ai sistemului de justiție, fapt care poate determina o suspiciune și rezistență în fața activității de asistență și consiliere, că asistarea și supravegherea formează de fapt, un continuum la capătul căruia se află finalitatea vizată prin actul de justiție, respectiv reintegrarea socială a persoanei supravegheate.

În cele ce urmează ne vom referi la programele derulate de către SRSS.

A. Re-gruparea, program de rezolvări creative ale problemei "anturajului"

Argumente și motivații care au orientat apropierea de problematica „anturajului”

Se observă o proporție însemnată a infracțiunilor comise în grup, între cazurile aflate în evidența SRSS - București, acestea necesitând o abordare specifică;

Într-o cercetare realizată în noiembrie 2001, grupurile chestionate (judecători, lucrători în penitenciare, lucrători în poliție, lucrători în organizațiile partenere, consilieri de reintegrare socială și supraveghere) percep factorul „anturaj” ca având o putere de influență însemnată asupra celorlalți factori propuși în analiză;

Meta-analiza studiilor orientate pe dimensiunea „risc” indică adoptarea, cu mai mare ușurință, a unui comportament riscant, în grup decât individual.

Argumente și motivații care au stat la baza elaborării unei reacții organizate în acest mod, a SRSS - București la problematica „anturajului”

Punctul de pornire este constituit de înscrierea într-o alternativă de tipul: „cum să împiedicăm comiterea de infracțiuni, în grup” versus „cum să stimulăm gruparea tinerilor, centrată pe preocupări pro-sociale”, cu accent pe a doua variantă;

Folosirea unei metodologii echilibrate, cu egală pondere, cognitiv-comportamentală și emotiv-comportamentală, urmărindu-se dezvoltarea gândirii alternative, dar și a ceea ce este numit „inteligența emoțională”;

Vocabularul, dar și comportamentul persoanelor beneficiare de servicii SRSS - București arată evitarea, de către aceștia, a „prienilor”; este sesizabilă, mai degrabă, „întovărășirea” acestora în „găști de cartier”. La această observație se adaugă abordarea de specialitate, în termeni de „grup de egali” pentru desemnarea a ceea ce este numit, cu un minus de nuanțare, „grup de prieteni”. Într-o abordare mai generală și recentă, se vorbește despre „noul tribalism”, ca formă

de solidaritate adaptată, răspuns la noile probleme (dislocarea economică, erodarea familiei, virtualizarea comunităților, rezultat al dezvoltării tehnologiilor comunicaționale), aspecte prezente și în viața Bucureștilor.

Scopul programului

Se urmărește găsirea și adoptarea identităților și apartenențelor grupale, cu aportul beneficiarilor și al coordonatorilor de activitate în grup.

Pornind de la o marcă obișnuită și atractivă pentru beneficiari, a grupului (ex. tatuaje „tribale”), se organizează „deturnarea” comportamentului de evitare sau rebeliune prezent acolo, către unul creativ pro-social, de solidaritate. Așa încât se va putea vorbi de două tipuri de grup, cel inițial, facilitator al infraționalității, și cel final, dezirabil social.

Obiectivele programului:

1) Constituirea unei veriți necesare, în lanțul de programe derulate de SRSS - București și organizațiile partenere, având la bază ideea de lucru conjugat „leisure and employability”, și nu separat;

2) Recadrare comportamentală: prin “derutarea” ritualurilor infraționale se urmărește adecvata situare a grupului în regiunile “expuse”, “ascunse” ori “reziduale” (echivalentul celor intermediare) din spațiul social;

3) Descoperirea tehnicilor de gestionare a impresiei care să sprijine reacția individului la etichetarea socială și să atenueze eventualele discrepante ale rolurilor sociale performate de beneficiar.

Rezultate obținute:

În perioada 11 martie - 6 aprilie, cinci beneficiari aflați în supravegherea SRSS au parcurs cele cinci etape ale programului. În continuare prezentăm o parte din evaluarea finală:

- implicarea fiecăruia dintre participanți în activități de asistență socială și consiliere a crescut, în comparație cu ceea ce se obținea prin lucrul individual;

- atractivitatea întâlnirilor a fost dovedită și de însoțirea grupului cu un amic al unuia dintre participanți, acceptat în limitele regulilor specifice grupului de lucru;

- activarea potențialului creativ al fiecăruia, fapt dovedit de creșterea în valoare a parametrilor ce definesc creativitatea.

B. Programul de grup "7 pași", derulat în cadrul SRSS București

O trăsătură esențială a programului 7 Pași este aceea că infracțiunea săvârșită este punctul de interes esențial în lucrul direct cu cei care au comis fapte penale. Astfel se acordă o atenție deosebită nevoilor criminogene care au condus la dezvoltarea, accentuarea și menținerea comportamentului infrațional.

Se presupune că dacă factorii care au condus la săvârșirea infracțiunii se schimbă, probabilitatea de a săvârși alte infracțiuni scade.

O caracteristică foarte cunoscută a persoanelor care săvârșesc infracțiuni este aceea că sunt o categorie care au experimentat o serie de probleme. Multe dintre aceste probleme sunt asociate cu deprivarea economică sau cu procesul de învățare socială, de socializare de un anumit specific. Ca rezultat al acestor factori se observă că aceste persoane înregistrează un nivel sub medie la școală. De asemenea, ele sunt caracterizate de o slabă încredere socială și o capacitate redusă de articulare a problemelor (de definire a problemelor și a etiologiei acestora).

Studiile efectuate și experiența căpătată în domeniu au subliniat faptul că infractorii înregistrează curențe ale abilităților mai ales în ceea ce privește

- ❖ Identificarea,
- ❖ Recunoașterea,
- ❖ Definirea,
- ❖ Rezolvarea problemelor cu care se confruntă.

Totodată programul 7 pași este un program de grup; avantajele lucrului în grup constând în:

- posibilitatea de a-și exprima punctul de vedere,

Jurnalul practicilor pozitive comunitare

- confruntarea de idei,
- împărtășirea experienței proprii celorlalți (nu ești singur în situația asta),
- învățare din greșelile celorlalți,
- îmbunătățirea abilităților de comunicare,
- motivare în vederea schimbării
- posibilitatea de a-și dezvolta abilitățile de lucru în echipă.

Acest program se bazează pe o serie de 7 ședințe de grup, fiecare având o durată de 2 ore. Acestea sunt precedate de un număr variabil de ședințe introductive, pregătitoare, care se derulează la nivel individual. La final, pentru reevaluarea planului de supraveghere și pentru monitorizarea evoluției beneficiarului este alocată o altă serie de ședințe individuale.

Scop:

Modificarea atitudinii și a comportamentului față de comiterea de infracțiuni.

Obiective:

- ❖ Dobândirea de informații despre legea penală și prevederile acesteia
- ❖ Evaluarea nivelului motivațional și dezvoltarea motivației pentru schimbare
- ❖ Până la sfârșitul programului participanții să descopere abilitățile personale de a se schimba
- ❖ Să dezvolte abilitățile de luare a deciziilor
- ❖ Să conștientizeze consecințele infracțiunilor asupra lor, asupra celor din jurul lor și în particular asupra victimelor
- ❖ Până la sfârșitul programului participanții să știe ce să facă pentru a reduce/stopa comiterea de infracțiuni
- ❖ Să dezvolte tehnici de modificare a comportamentului în viitor
- ❖ Să ia în calcul posibilitatea de a se reintegra școlar
- ❖ Să ia în calcul posibilitatea de a își îmbunătăți modul de prospectare a pieței de muncă și de identificare a unui loc de muncă
- ❖ Până la sfârșitul programului participanții să ia în calcul posibilitatea de

a-și îmbunătăți modul de petrecere a timpului liber.

Criterii de selecție a participanților:

◆ **Tipul pedepsei:** Să fi săvârșit o faptă penală pentru care instanța de judecată să fi impus în sarcina să suspendarea executării pedepsei sub supravegherea SRSS conform art. 86/3 c.p.

Vârsta: Să aibă vârsta între 17 și 23 ani

Risc de recidivă: Să prezinte un risc mediu sau mare de recidivă

Tipul infracțiunii: Infracțiunile patrimoniale

Sex: Masculin

Nivel motivațional: Faza de contemplare (maxim 2 în precontemplare) în conformitate cu ciclul schimbării elaborat de Prochaska și DiClemente.

Criterii de excludere:

- Consum de substanțe (droguri și alcool)
- Tulburări mintale
- Handicap fizic (pentru a fi evitate situațiile de discriminare în cadrul grupului)
- Alte comportamente disfuncționale:
 - incapacitatea de a acorda atenție cuiva,
 - incapacitatea de a funcționa într-un grup,
 - incapacitatea de a comunica într-un grup,
 - manifestări violente față de ceilalți, etc.

Mărimea grupului: 4 – 8 membri

Programul 7 pași a fost derulat pentru prima oară în cadrul SRSS - București în perioada 10.02.2003 - 07.04.2003.

Inițial a fost selectat un număr de 7 beneficiari. Dintre aceștia au finalizat programul 5 beneficiari (1 beneficiar a

Jurnalul practicilor pozitive comunitare

renunțat la frecventarea programului; 1 beneficiar a decedat).

Ținând cont de obiectivele propuse, rezultatele obținute după finalizarea acestui program sunt:

- Participanții și-au diversificat/clarificat informațiile privind legea penală și sistemul sancționator

- Conținutul și modalitatea de desfășurare a programului a permis identificarea, recunoașterea și definirea clară a problemelor care au determinat comiterea infracțiunilor

- Analiza infracțiunii a permis sublinierea pierderilor individuale care au survenit în urma comiterii infracțiunii.

Conștientizarea consecințelor infracțiunii asupra victimei a jucat un rol central în conținutul programului, fiind accentuate trăirile victimei, dincolo de prejudiciul material cauzat prin comiterea delictului. Reacțiile participanților au demonstrat că acest aspect a fost neglijat în analiza inițială a infracțiunii și că identificarea victimei ca persoană, nu ca obiect, este esențială în evitarea săvârșirii de infracțiuni.

Definirea factorilor predispozanți în comiterea infracțiunii (la nivel individual/discuții de grup) a permis realizarea unor strategii concrete de evitare a acestor factori (s-au exprimat afirmații motivaționale privind soluțiile de rezolvare a acestor probleme)

Ultima ședință a programului a permis stabilirea de către participanți a unui plan concret de acțiune pe termen scurt, mediu și lung. A fost astfel dezvoltată capacitatea de a gândi în perspectivă, luând în calcul și posibilele obstacole pe care le pot întâmpina.

Monitorizarea pe termen lung - după finalizarea programului - a evoluției beneficiarilor participanți a reliefat faptul că 2 beneficiari s-au încadrat pe piața forțelor de muncă, acest obiectiv regăsindu-se în planurile de prevenție realizate pe parcursul programului, iar alți 2 au reușit să mențină pe o perioadă mai lungă de timp locul de muncă inițial.

În cadrul unui articol viitor vom prezenta programele derulate în cadrul Centrului de Reeducare Găiești, programul Realismul – primul pas spre schimbare și proiectul privitor la munca neremunerată într-o instituție de interes public.

OAMENI VORBIND DESPRE EI
Participarea și evaluarea socială – studiu de caz

Ana Bleahu

Abstract: Studiile de evaluare a nevoilor la nivelul indivizilor, gospodăriilor, organizațiilor, comunităților sau pentru orice altă unitate de analiză identificabilă presupun utilizarea unui set larg de metode și tehnici, atât calitative cât și cantitative. Articolul care urmează va fi centrat în principal pe metodele și tehnicile participative de colectare și evaluare a datelor exemplificate prin prezentarea unui studiu de caz: Comuna Zagăr, Județul Mureș.

Studiile de evaluare a nevoilor indivizilor, gospodăriilor, organizațiilor sau comunităților presupun utilizarea unui set larg de metode și tehnici, atât calitative cât și cantitative.

Abordarea care urmează va fi centrată în primul rând pe tehnicile și metodele folosite în cuantificarea problematicii comunităților.

Scopul final al acestor tehnici și metode – fidelitatea, „apropierea de realitate” – este atins atunci când cele trei tipuri de metode: cantitativă, calitativă și participativă sunt folosite într-o abordare integrată.

Metodele și tehnicile participative sunt foarte puțin utilizate în România în elaborarea studiilor de comunitate, deși la nivel discursiv sunt recunoscute multiplele avantaje ale acestora.

Tehnicile abordării participative au drept scop principal implicarea activă a actorilor comunității în identificarea nevoilor imediate sau pe termen lung. La un anumit nivel metodele participative pot fi confundate cu metodele calitative, dar nu toate tehnicile calitative sunt și participative și nu toate tehnicile participative sunt neapărat calitative.

Evaluările participative presupun conlucrarea principalilor actori sociali (instituții și oamenii, decidenți și beneficiari) în elaborarea nevoilor comunitare, ele fiind orientate pe acțiune și schimbare socială și – ceea ce este pînă la urmă cel mai important – pe responsabilitate și responsabilizare.

Un alt beneficiu imediat al utilizării acestei metode este acela că îi ajută pe cei

implicați să reflecteze asupra propriei situații, să găsească soluții, să le negocieze între ei. Toate concluziile, sugestiile și recomandările sunt făcute și sunt asumate de către cei implicați.

Cercetătorul are doar rolul de mediator între diferitele nivele sociale implicate. Pe de altă parte cercetătorul trebuie să învețe, ascultând ce spun oamenii despre ei înșiși, despre prioritățile pe care le au. Toate acestea, concretizate, vor ajuta în final și la adoptarea celui mai adecvat set de criterii în monitorizarea și evaluarea efectelor proiectelor.

Există o multitudine de metode participative de culegere a datelor ca și o mulțime de instrumente de analiză a acestora.

Principalele metode utilizate sunt:

- Evaluarea beneficiarului (Beneficiary Assesment – BA)
- Tehnicile SARAR (acronimul de la Self Esteem Associative Strength, Resourcefulness, Action Planning and Responsibility)
- Evaluarea participativă în mediul rural (Participatory Rural Appraisal - PRA)

Evaluarea beneficiarului (Beneficiary Assesment – BA) - se referă la totalitatea tehnicilor utilizate folosite în procedurile de evaluare care pun accent în special pe percepțiile beneficiarilor despre proiect sau politici. De regulă sunt folosite instrumente calitative (interviuri în profunzime, focus grup) rămânând posibilă

combinarea acestora cu tehnici cantitative. Interpretarea datelor se poate face încrucișat sau „decupând” răspunsurile intervievaților, accentuându-se tendințele și pattern-urile de opinii. Aceste tehnici sunt puțin costisitoare, sunt orientate spre acțiune și nu de puține ori oferă argumente forte în luarea deciziilor, monitorizarea scopurilor, a reorientării sau a schimbării de politici.

Tehnicile SARAR reprezintă totalitatea tehnicilor utilizate pentru educarea și instruirea factorilor decidenți de la diferite nivele încercându-se stimularea capacității creative a acestora în ce privește implicarea în planificarea și rezolvarea problemelor locale. Folosesc tehnici creative, informative, de analiză, planificare și investigație.

Principiile de bază în aplicarea tehnicilor SARAR sunt:

- dezvoltarea abilităților de muncă în echipă bazată pe relații mutuale de respect, încredere și colaborare
- capacitatea de a găsi soluții prin asumarea riscului, a schimbării
- combinarea atitudinii critice cu atitudinea constructivă, fiecare dintre participanți având un rol important și egal în ce privește propunerea soluțiilor
- întărirea încrederii în forțele proprii ale membrilor echipei
- responsabilizarea în ducerea la îndeplinire a angajamentelor luate, până la obținerea rezultatelor propuse.

Evaluarea participativă în mediul rural (Participatory Rural Appraisal - PRA)

Tehnicile PRA, așa cum sunt folosite în literatura de specialitate, au drept scop învățarea în ambele sensuri: cercetătorul învață despre actorii implicați dar și aceștia se supun unor reguli de investigare impuse de către cercetător.

Tehnicile PRA au devenit „o marcă”, un nume pentru un anumit tip de abordare activă a realității. La început au fost folosite pentru identificarea contextului general al unei comunități rurale din punct de vedere al microclimatului agricol, al modului de organizare a muncii, de

organizare socială. Cu timpul aceste tehnici au fost extinse și pentru comunități urbane și totodată și-au relativizat caracterul participativ, fiind folosite și pentru activitățile de identificare a nevoilor comunitare, de implementare a unor proiecte sau de evaluare și monitorizare a acestora.

Principiile de bază ale tehnicilor PRA sunt:

- participarea localnicilor în culegerea datelor
- flexibilitatea metodologiei în funcție de interese, resurse, timp
- munca în echipă (localnici/outsideri, decidenți/beneficiari)
- utilizarea unor criterii minime de eșantionare în vederea creșterii fidelității și validității datelor
- obținerea maximului de informații folosind resurse minime

Principalele tehnici utilizate în culegerea de informații sunt: interviurile (superficiale sau în profunzime, individuale sau de grup), prezentarea grafică (întocmirea de hărți mentale ale comunității, diagrama Venn), clasificări (clasificarea problemelor, a preferințelor, a bunăstării), surprinderea dinamicii anumitor fenomene (istorice, calendarul anotimpurilor, împărțirea zilei de muncă).

În continuare vom prezenta o aplicație a tehnicilor PRA în analiza unei comunități rurale din județul Mureș: satul Zagăr. Acest studiu a fost realizat în anul 2002 sub coordonarea **Natural Resources Institute** din Anglia și a organizației **FAO**, - departamentele **Land Tenure and Rural Development Officer (SEUM)** și **Policy Officer (SEUP)**, în cadrul proiectului “Economic diversification of farm employment and income opportunities in selected pilot regions in Bulgaria and Romania”.

**STUDIU DE CAZ: SAT ZAGĂR,
COMUNA ZAGĂR, JUDEȚUL MUREȘ**

"Nu problema banilor este cea mai mare problemă a acestei țări și a oamenilor. Marea problemă este că oamenii le este greu să identifice și să exploateze eficient resursele pe care deja le au. Le este greu să-și definească nevoile"

(președinte fundația FAER-Reghin)

Contextul geografic: sat Zagăr, comuna Zagăr, în sud-estul județului Mureș (vezi Anexa 1. Harta zonei, și Anexa 2. Harta satului)

Activitatea tradițională: agricultura

Principala problemă: desființarea IAS Zagăr a făcut ca peste 90% din locuitorii satului să-și piardă locul de muncă, sursa permanentă de venit. Majoritatea locuitorilor comunei sunt veniți din alte părți și nu au moștenit sau primit pământ. Aproximativ 50% dintre locuitorii satului sunt de naționalitate romă, cu standard de viață foarte scăzut, cu nivel minim de calificare.

Obiectivele: diversificarea activităților economice viabile, generatoare de locuri de muncă, reducerea sărăciei (în special în rândul populației de romi)

Parteneri posibili: (vezi Anexa 3 - Diagramma Venn): Primăria Zagăr, Fundația FAER Reghin, Agenția de Dezvoltare Regională, Prefectura Mureș, firme private din sat sau județ.

Posibile surse de finanțare: (vezi Anexa 3 - Diagramma Venn)

- resursele Fundației FAER
- primăria locală
- programe naționale (SAPARD)
- resurse private locale

Potențialul de resurse al zonei: (vezi Anexa 4 - Mapa resurselor)

- resurse umane: forță de muncă calificată pentru diferite meserii, specialiști în agricultură, populație relativ tânără.

- resurse materiale: spații de depozitare construite, vii și livezi, pășuni, dotări edilitare și infrastructură, potențial turistic, piețe de desfacere

Conștientizări și intenții

Majoritatea membrilor comunității și-au exprimat părerea că: *"Investițiile mari sunt mai bune și atrag după sine investițiile mărunte"* (focus grup, bărbați, Zagăr)

Oamenii sunt foarte interesați să facă ceva pentru comunitate și pentru ei înșiși. Se arată dispuși pentru schimbare, deschiși spre dialog. *"Anii care au trecut ne-au arătat ca totuși trebuie să faci ceva în comun chiar dacă suntem suspicioși și ura aceasta există, totuși trebuie să faci ceva pentru comunitate."* (focus grup, bărbați, Zagăr) *"Unul singur nu are curaj să se bage, tot așa pe asociații e mai bine"* (focus grup, bărbați, Zagăr), deși atitudinea în ceea ce privește asocierea este mai degrabă ostilă. *"Acum 40 de ani ne-au zăpăcit unii să facem CAP acum ne zăpăciți voi să ne asociem. Mai lăsați-ne în amarul nostru"* (focus grup, bărbați, Zagăr), mai ales că *„există suspiciuni și neîncredere, pe fondul unei concurențe economice. Noi ne bucurăm că s-a stricat tractorul vecinului. Ar eu un hectar în plus"* (focus grup, bărbați, Zagăr),

Pe de altă parte *"oamenii sunt dezamăgiți de instituțiile statului, nu mai au încredere în instituțiile statului"* (antreprenor, Zagăr).

Puncte slabe, limite, obstacole (vezi Anexa nr. 5 - Matricea obstacolelor și Anexa nr. 6. Tehnica podiumului: desen al unui locuitor)

Participanții la discuțiile de grup au identificat următoarele aspecte ca fiind "punctele slabe" ale satului:

- lipsa unor lideri credibili și cinstiți: *"în sat sunt mulți oameni competenți dar care nu reușesc să aibă un dialog deschis și sincer"* (inginer agronom)

▪ devalizarea IAS: *"au plecat atâtea bogății din satul acesta. Aici toți care au venit, despre șefi vorbesc acum, și-au încărcat plasele și au plecat. În loc să rămână în satul nostru utilajele și animalele de la IAS, toate au fost date aproape pe nimic, în alte părți. Conducerea IAS s-a speriat să nu aflăm noi câtă hoție și corupție este"* (focus mixt, Zagăr)

Mentalități: *„birocrăția stufoasă, documentația necesară pentru obținerea unui credit sau a unei aprobări îi împiedică pe unii să se dezvolte. Mulți țărani când au ceva de scris intră în panică. Când îi întrebi știu ce vor. Dar când să pună pe hârtie renunță"* (președinte FAER)

Populația romă

Numărul mare al romilor: *„48% sunt romi, necalificați, needucați“* (antreprenor, Zagăr) este considerat un risc pentru un potențial investitor din cauza a două aspecte:

▪ sunt percepuți ca fiind indisciplinați în muncă: *„eu vă spun că acum lucrez cu ei de 10 ani. Lucrează bine, nu spun că nu, dar nu sunt disciplinați. În vară mi-au lăsat sapele în miezul zilei și au plecat toți acasă sau la baie la Târnăvă. Nu te poți baza decât pe unii dintre ei“* (antreprenor, Zagăr)

▪ sunt acuzați de mici infracțiuni (furtul de pe câmp: *„du-te în Țigănie și caută-i. Vezi că unul nu găsești, toți sunt la furat“* (focus grup, bărbați, Zagăr), *„ți-i și frică să mergi la tine în tarla. Dacă e la furat și l-ai prins.“* (focus grup, bărbați, Zagăr), *„țiganul știe că el poate trăi din furat, el așa e pe sistemul lui“* (focus grup, bărbați, Zagăr).

În urma tuturor discuțiilor avute cu membrii comunității, a evaluării tuturor resurselor, a potențialilor susținători dar și a limitelor și a obstacolelor, a fost adoptat următorul plan de dezvoltare.

Planul de dezvoltare a comunității rezultat în urma repetatelor discuții de grup:

Tipul propunerii	Avantaje	Ce necesită punerea în practică	Efecte scontate	Dezavantaje și riscuri
- prelucrarea fructelor și legumelor	<ul style="list-style-type: none"> - tradiție în producerea fructelor și în prepararea legumelor - materie prima disponibilă (în sat și pe o distanță de 40 km în jurul satului sunt aproximativ 670 ha livezi, 790 ha de legume) - zona de deal împădurită, așadar fructele de pădure pot constitui de asemenea materie primă <ul style="list-style-type: none"> - construcțiile fostului IAS (hale imense special făcute pentru depozitarea fructelor) - resurse umane: ingineri agronomi (6) forța de muncă feminină disponibilă - piața de desfacere (6 orașe și municipii la cel mult 40 km) 	- investiție de anvergură pentru procurarea utilajelor necesare	- impact social maxim, utilizarea potențialului deja existent al zonei precum și a forței de muncă specializate disponibile, dar și a celei necalificate. O mare parte a muncilor nu presupune un grad sporit de educație sau calificare, permițând astfel angajarea și a persoanelor cu un nivel scăzut de educație (în special romii)	<ul style="list-style-type: none"> - starea livezilor nu este neapărat cea mai bună (în ultimii ani nu au fost îngrijite în mod corespunzător) - clădirile IAS necesită unele reparații

Jurnalul practicilor pozitive comunitare

- ecoturism	- turismul rural pentru o anumită categorie de oameni care doresc nu atât să se distreze cât să se odihnească, să mănânce un produs curat, ecologic, ar putea fi o șansă pentru sat. ¹ - în sat majoritară a fost populația germană acum emigrată în Germania. Foștii locuitori ai satului pot fi potențiali clienți pentru turismul rural - derularea în prezent a unui proiect de anvergură în jurul Sighișoarei (mitul lui Dracula) ar atrage după sine necesități mari de cazare a turiștilor	- microcredite individuale pentru repararea caselor și crearea de condiții propice turismului (apă curentă, canalizare) pentru potențialii investitori	- îmbunătățirea condițiilor de viață ale unor gospodării - efecte de multiplicare	- exclude segmentul cel mai sărac (rromii) - veniturile din turism sunt sezoniere - volumul forței de muncă implicate este relativ redus
- campanie în străinătate pentru atragerea unui investitor credibil în zona	- imobilele IAS - pământuri fertile - zona turistică - relația strânsă cu cetățeni din Germania - potențial uman	- consultanță și sprijin material din partea unor instituții specializate	- utilizarea întregului potențial al zonei - crearea a noi locuri de muncă	- riscul de a nu atrage investitori - riscul investitorilor „păguboși“ care nu țin seama de realitățile concrete ale zonei
- refacerea podgoriilor și crearea unei linii de îmbuteliere a vinului	- pământul deosebit de bun pentru cultura viței de vie (în anii 1980 erau 600 ha de viță de vie) - vinul din regiune este recunoscut în țara dar și în străinătate (se exporta)	- microcredite și investiție de anvergură	- utilizarea resurselor naturale specifice ale zonei	- efectele apar relativ târziu și nu sînt garantate
- prelucrarea laptelui și a cărnii	- potențialul zonei pentru creșterea animalelor - măcelari pricepuți ²	- microcredite	- utilizarea potențialului de animale din zonă și creșterea pe termen lung a numărului de animale	- numărul de animale este în scădere

¹ "Sunt oameni în vârstă care ar veni de dincolo să stea aici 2-3 săptămâni, din Germania sau din Elveția, dar drumurile sunt proaste. Etnicii Germani care cunosc zona, care aici au copilărit și au trăit o bună parte din viața lor ar veni sigur în concediu.

Îți dau un exemplu, vara trecută a fost un danez care a fost extraordinar de încântat de zonă, de România, "Aveți băutura bună și atâtea femei frumoase nu am văzut nicăieri oriunde am umblat, dar de câte ori o să mai vin în România o să vin numai cu avionul pentru că mi-am făcut praf mașina pe drumurile astea" spunea danezul." (director Școala Generală Zagăr)

² "A mai existat în sat, se poate colecta lapte și din satele învecinate, ar stimula creșterea animalelor"(focus group bărbați, Zagăr)

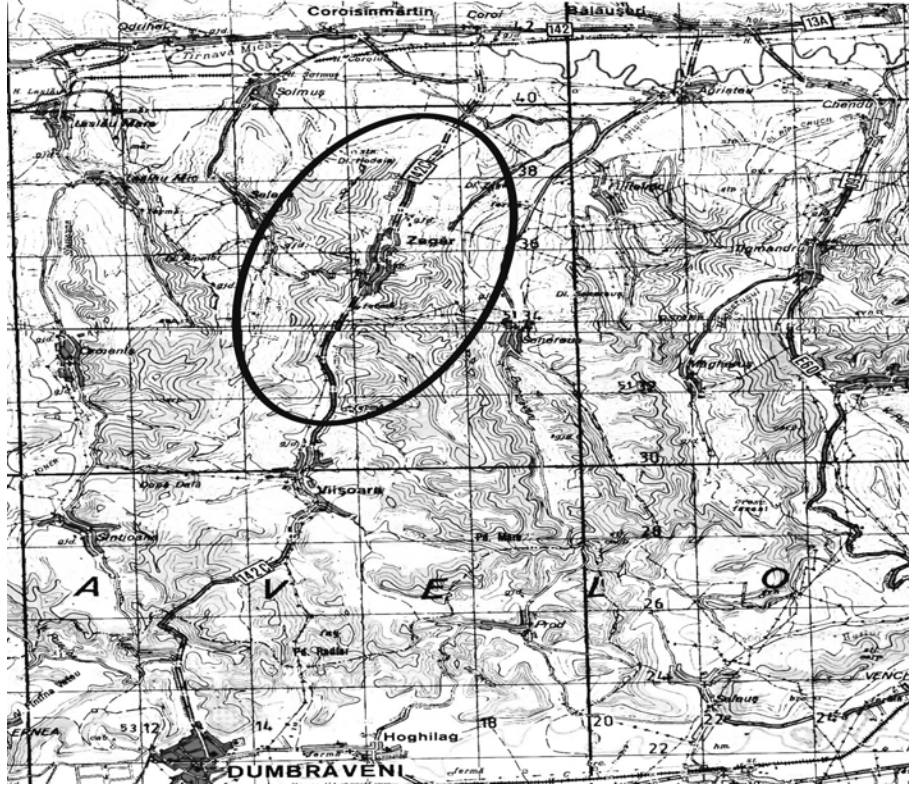
Jurnalul practicilor pozitive comunitare

- croitorie	- forța de muncă calificată (foste muncitoare la fabrica de textile din Sighișoara actualmente șomere) - un număr de aproximativ 10 mașini de cusut în proprietate individuală	- microcredite	- accent pe angajarea forței de muncă feminine	- concurența mare și monopol pe piață în contextul cererii scăzute și a veniturilor în scădere a populației
-------------	---	----------------	--	---

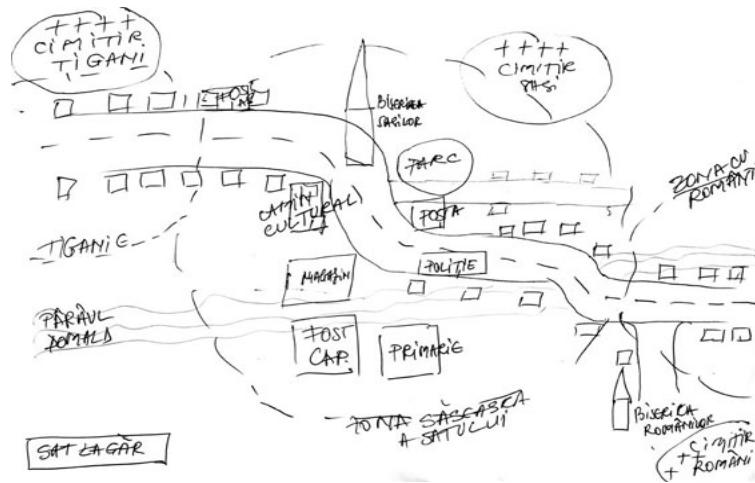
În timpul discuțiilor de grup au fost doar amintite și alte propuneri cum ar fi: prelucrarea lânii, moara de grâu, mici meșteșugari, frizerie, coafură, fabrică de

mobilă, ciupercărie, transport în comun, fabrică de înghețată.

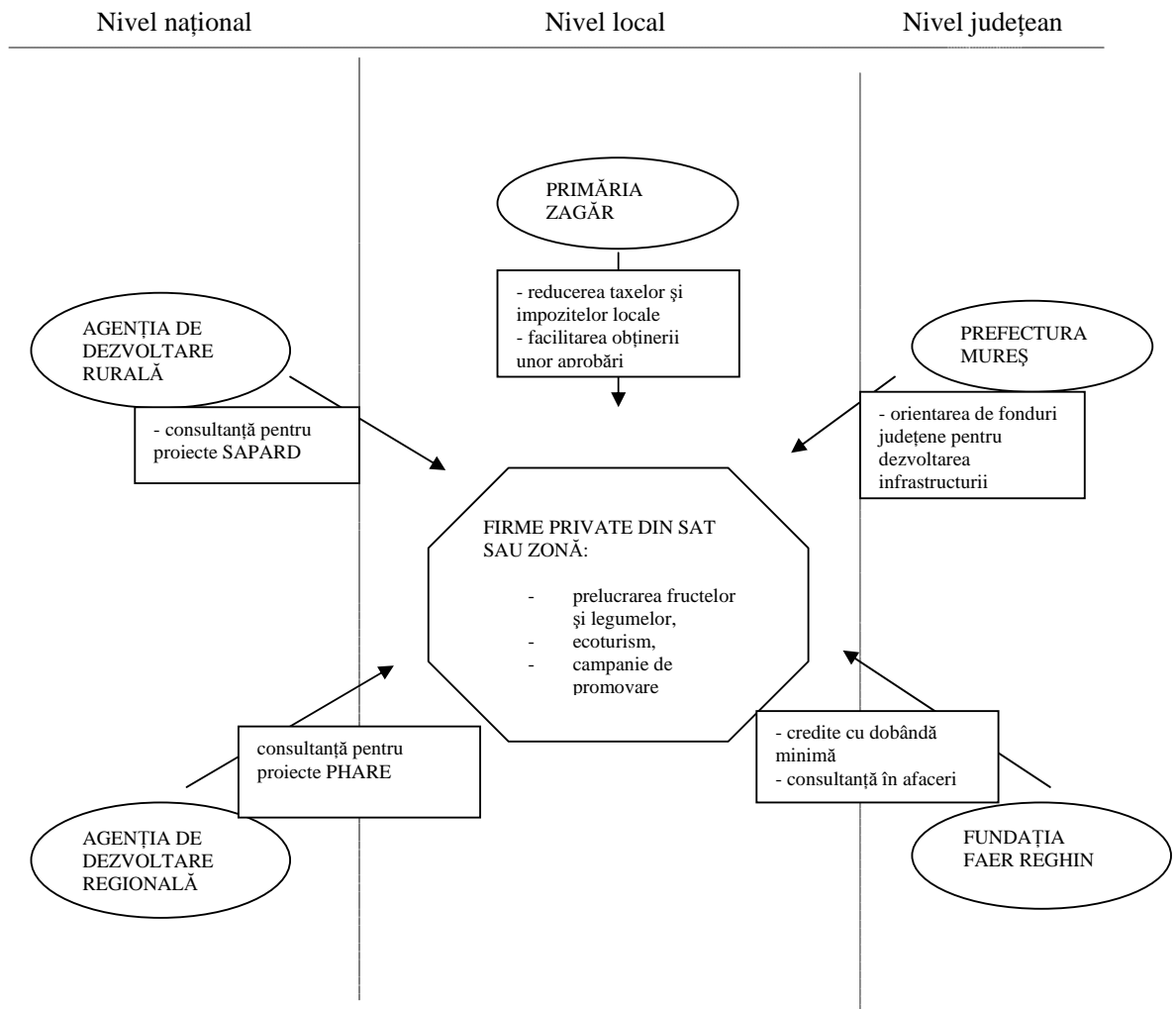
Anexa 1, Harta zonei



Anexa 2, Harta satului (desen făcut de un localnic, bărbat, 47 ani)



Anexa nr. 3 Diagrama Venn



Jurnalul practicilor pozitive comunitare

Resurse umane	<ul style="list-style-type: none"> forță de muncă disponibilă (au lucrat în IAS) „puterea acestei comunități vine din puterea fiecăruia în parte“ (focus group, Zagăr)
	<ul style="list-style-type: none"> forță de muncă calificată pentru diferite meserii: mecanici, tâmplari, croitori (femei care au lucrat la fabrica de textile din Sighișoara) „În sat sunt mecanici pricepuți, tractoriști, oameni calificați în agricultură“ (primar Zagăr).
	<ul style="list-style-type: none"> un număr de 6 specialiști în agricultură (ingineri agronomi)
	<ul style="list-style-type: none"> populația este relativ tânără, dispusă să se instruiască și să se recalifice. "oamenii se califică, eu am calificat brutar într-o săptămână" (patron, brutărie Zagăr)
Resurse materiale	<ul style="list-style-type: none"> spații de depozitare construite (fostele clădiri ale IAS), hale imense pentru depozite, grajduri pentru animale, dotate cu apă și instalații specifice
	<ul style="list-style-type: none"> efectivele de animale. Creșterea animalelor a fost puternic susținută de primărie. Zona este propice pentru creșterea ovinelor, cabalinelor, bovinelor "animalele sunt principala resursă a comunei, grâul lasă să-l facă cei din sud, noi să ne creștem animalele." (focus grup, bărbați, Zagăr)
	<ul style="list-style-type: none"> vii și livezi "care necesită doar tăieri de regenerare, și cam 30-40% din cea veche poate fi folosit", "din ce cauză credeți că s-au ridicat sașii? Un ha de vie produce 8-10 tone de strugure. Iar asta înseamnă bani"; "vin ca pe Târnava Mare și Mica nu există în Țara Românească, și nu o spun eu ci o spun specialiștii. Rieslingul de Târnava e vestit. Strugurii atrag în ei o anumită aromă care imprimă vinului un gust deosebit. Există studii agro-pedologice care argumentează științific această afirmație. Dar aici s-a distrus tot. Ca să o iei de la capăt să aduci o vie pe rod îți trebuie cam 4 ani. În cărțile vechi de agronomie, Zagărul apare ca și podgorie. Ori nu poți să discuți despre podgorie decât de la câteva mii de hectare în sus." (inginer agronom Zagăr)
	<ul style="list-style-type: none"> pășuni "Zagărul are un hectar de pășune pentru o vacă, în condițiile în care încărcătura medie necesară pentru o vacă pe hectar este de 1/4 ." (inginer agronom) "aceasta este o zonă propice pentru creșterea animalelor, dar nu să plece animalul viu din sat, ci produsul finit" (focus group bărbați, Zagăr); "toate pășunile sunt ale comunei, au fost fertilizate, au taxe modice, practic gratuit, pentru a stimula creșterea animalelor (60.000 lei pentru o vacă și primesc în schimb îngrășăminte), iar banii primiți îi folosim numai pentru amenajarea pășunilor"(primar Zagăr)
	<ul style="list-style-type: none"> Dotări edilitare și infrastructură. Din anul 1998 comuna a introdus gazul metan. În ce privește telecomunicațiile, Zagărul este într-un program național al Romtelecom-ului pentru introducerea telefoniei automate. De asemenea există un proiect zonal pentru canalizări în zona Fîntînele (18 km) din care se pare că va face parte și Zagărul.
	<ul style="list-style-type: none"> Potențial turistic. Biserica sașilor din sat este un monument istoric. A fost construită în sec XVII și gândită ca o fortăreață. Anual zeci de etnici germani revin în locurile natale, prin excursii organizate sau particulare. „Apropierea de Sighișoara (35 km) unde se derulează "proiectul Dracula" în valoare de zeci de milioane de EURO, care își propune să revitalizeze zona Sighișoara pe baza mitului Dracula, ...ceva gigant care în Europa de est nu există, ...va atrage după sine nevoia unor locuri de cazare pentru turiști“ (director Școala Generală, Zagăr)
	<ul style="list-style-type: none"> Piețe de desfacere: „satul pare a fi limită de județ, dar dacă stai să te gândești bine este la distanță egală – 35 de Km – de Sighișoara, Tg. Mureș, Târnăveni, Sovata (jud. Mureș), Mediaș, Dumbrăveni, (jud. Sibiu)“ (primar comună)

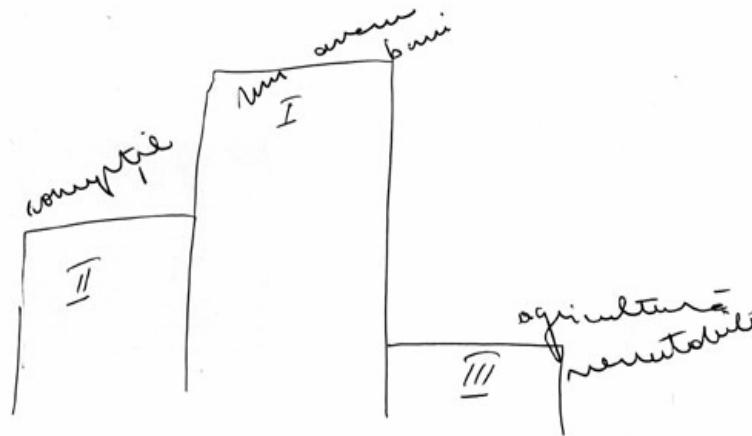
Jurnalul practicilor pozitive comunitare

ANEXA nr. 5 Obstacole în dezvoltarea și diversificarea activităților aducătoare de venit.

Au răspuns 28 de persoane. Au fost efectuate 4 focus grupuri: un focus mixt femei bărbați, un focus cu bărbați de diferite vârste și status social, un focus cu femei de diferite vârste și status social, un focus cu antreprenori. Pentru ordonarea problemelor în ordinea importanței a fost folosită tehnica „podiumului“ vezi Anexa 6.

Obstacole	3 puncte	2 puncte	1 punct	scor total
lipsa capitalului	17	1	3	56
politica de acordare a creditelor, politica financiară	3	1		11
statul nu protejează producătorul	1	1	4	9
furturile	1	1	4	9
corupție și mafia	1	1	3	8
instabilitate legislativă	2	1		8
instituțiile statului nu-și fac datoria (primăria, poliția, justiția)		1	5	7
izolarea satului		3		6
statul nu sprijină agricultura	1	2		5
lipsa de curaj		2		4
sistemul asigurărilor în agricultură		2		4
lipsa de inițiativă		2		4
riscurile naturale		2		4
birocrația stufoasă			3	3
prețuri galopante și instabile la energie electrică, gaz. Monopolul regiilor autonome		1	1	3
infrastructura satului (drumuri, condiții proaste în școală, cămin cultural, grădiniță, dispensar)		1	1	3
taxe și impozite prea mari		1		2
lipsa unor lideri credibili	2			2
prețurile mari pentru input-urile în agricultură			2	2
prețuri mici la producător		1		2
monopolul marilor întreprinderi pe piață		1		2
populația eterogenă a satului		1		1
lipsa unui sistem de colectare și depozitare a produselor agricole			1	1
tinerii nu sunt sprijiniți de către stat		1		1
legea proprietății nu apără proprietarul				-
lipsa unei piețe de consum, putere scăzută de cumpărare				-
integrarea deficitară a romilor				-
lipsa investitorilor în agricultură				-
justiția nu-și face datoria				-
informare deficitară				-
neîncredere pentru asociere între oameni				-
total	28	27	27	165
non-răspunsuri	0	1	1	2

Anexa nr. 6. Tehnica podiumului: desen al unui locuitor



Bibliografie:

- Portny, Stanley O. (2001) *Project Management for Dummies*, Wiley Publishing Inc.
- Feuerstein, Marie-Therese (1986) *Partners in Evaluation: Evaluating Development and Community Programmes with Participants*, Macmillan Publishers Ltd.
- Rietbergen-McCracken, Jennifer, and Deepa Narayan, (1998) *Participation and Social Assessment*, Washington, D.C. World Bank, <http://www.worldbank.org/poverty/impact/resources/toolkit.pdf>
- UNDP (United Nations Development Program) (1997) *Who are the Question-makers: A Participatory Evaluation Handbook*, OESP Handbook Series, Office of Evaluation and Strategic Planning, New York, NY. <http://www.undp.org/eo/documents/who.htm>

REINSERTIA SOCIALĂ A CONSUMATORULUI DE DROGURI ÎN CADRUL CIRCUITULUI TERAPEUTIC

Dr. Gabriel Cicu

Agenția Națională Antidrog, ICAA

Dr. Dana Podaru

UNAIDS

Pornind de la titlul acestui articol trebuie să facem câteva precizări. Conform propunerilor făcute de Funes în 1985 referitoare la reinsertie, vorbim de un proces de socializare care trebuie să îndeplinească patru principii:

- să nu fie segregant
- să nu fie total și îndreptat în mod exclusiv grupului care se află în dificultate
- să nu fie circumscris unui teritoriu
- să fie privit ca o intervenție comunitară.

Astfel, reinsertia socială, așa cum este înțeleasă în actualitatea profesională, este un proces ce urmărește o creștere a capacității de circulație socială a subiectului, acordând o atenție deosebită în a nu contribui la favorizarea a ceea ce pretinde a se evita: segregarea. Este vorba astfel de o intervenție profesionistă ce are ca orizont lucrul alături de rețeaua comunitară și nu doar cu grupul care se află în dificultate.

În ceea ce privește utilizatorul de droguri, subliniem că în spatele acestui termen generic se află situații particulare foarte distincte și, astfel, orice propunere de reinsertie trebuie să pornească de la o analiză detaliată a acestora. Orice încercare de omogenizare din perspectiva populației căreia îi este destinată va conduce cu siguranță la etichetări și efecte contraproductive. Doar pornind de la o evaluare atentă inițială a persoanelor asistate vom putea aborda reinsertia cu rezultate eficiente la nivel individual și social.

Elemente principale

Elementele principale necesare a fi luate în considerare în orice program sau intervenție de tip de reinsertie sunt:

- diferitele tipuri de profesioniști și programe
- conținutul acestora

- metodologia
- subiectul

Înainte de orice acțiune există anumite aspecte pe care orice profesionist ar trebui să le analizeze (înainte, în timpul și după implementarea unei activități de reinsertie socială).

În privința subiectului:

- care este cererea sa și care este motivația sa (vine din inițiativa proprie, este trimis...)

• experiența anterioară și cunoștințele sale (evaluare inițială)

• așteptări legate de evoluția și dezvoltarea sa ulterioară

- adecvarea la oferta care i se face

În ceea ce privește instituția sau programul:

- care este misiunea socială pe care o are

- resursele financiare

• criteriile de admitere și excludere din program

- obiectivele programului

• resurse tehnice și materiale disponibile și gradul de adecvare a acestora la obiective

- profesioniști (număr, calificare)

• coordonarea echipei (transmiterea informațiilor, formarea profesională inițială și continuă, supervizare...)

- criteriile de evaluare

• relațiile cu alte instituții (canalele de comunicare, colaborări...)

În ceea ce privește grupul de profesioniști:

- interes în teme de actualitate (publicații, congrese, grupuri de cercetare...)

- experiența în alte programe

În ceea ce privește societatea în general:

- cadrul legislativ

- opiniile actuale (articole din presă cotidiană, reviste nespecializate interesate de domeniu...)

Astfel, este vorba de o analiză în cercuri concentrice care permite realizarea unui parcurs cu dublă direcție: de la general la particular și invers. Ceea ce se dorește este încercarea, în măsura în care este posibil, de delimitare a unor coordonate în care se înscrie o anumită acțiune propusă a fi de reinserție socială pentru a limita greșelile. Cunoașterea punctului de plecare, înțelegerea, chiar intuirea dificultăților sunt elemente care, fără îndoială, vor contribui la o planificare cât mai bună.

În acest articol vom aborda tema diferitelor tipuri de profesioniști și a programelor de asistență. Conținutul, metodologia și subiectul vor fi abordate într-un articol viitor.

Tipuri de profesioniști și programe

Tipuri de profesioniști

„.....dacă ar trebui să dăm o definiție generică a tuturor categoriilor de profesioniști ce lucrează în domeniul social, ar trebui să convenim că este vorba de toți acei profesioniști prezenți în realitatea comunitară a persoanelor dintr-un cartier, dintr-un teritoriu și care, prin acțiuni diferite, facilitează integrarea în social - sau nesezegarea acestor persoane în societate”. (Funes, 1991).

În acest moment nu mai este bine-cunoscut faptul că intervenția în consumul de droguri trebuie să implice aspecte biologice, psihologice și sociale. Astfel, acțiunea cu caracter social se realizează integrând diferite discipline teoretice, în principal medicina, psihologia, psihoterapia, pedagogia, asistența socială, educația socială, dreptul și altele conexe. Acestea reprezentând parte integrantă a figurilor profesionale ce acționează și lucrează în echipă. Aceasta implică un cadru multidisciplinar în care fiecare disciplină își elaborează obiectul său de intervenție, abordând aspecte parțiale ale rezoluției cererii primite din partea subiecților.

Definiția interdisciplinarității implică faptul că fiecare disciplină poate aduce propriile sale contribuții, în consonanță cu

logica discursului său, dar fără a conduce la o totalizare a răspunsului. (Tizio, 2002)

Este vorba astfel de a împărți în mod democratic spațiul profesional, astfel încât să favorizeze schimbul interdisciplinar și discuțiile teoretice cu scopul de a determina schimburi de cunoștințe, experiențe profesionale, situații de dificultate în intervenția terapeutică. Intervenția în câmpul uman semnifică diversitate, pluralitate a oportunităților, definițiilor și intervențiilor. Responsabilitatea profesională se concretizează în dorința de a transmite cunoștințe, date, experiența acumulată și de a o face în cel mai bun mod posibil, știind că există permanent posibilitatea de îmbunătățire a eficienței actului terapeutic. Formarea continuă și supervizarea sunt instrumentele pe care profesionistul le folosește pentru a-și menține viu interesul și profesionalismul și a-și crește calitatea muncii sale.

Diferite programe

Acest paragraf dorește să ofere o panoramă generală a diferitelor resurse actuale, bazate pe evidențe și care și-au demonstrat eficiența adresată consumatorului de droguri. Acestea subliniază importanța esențială a promovării reabilitării și reinsertiei sociale adresată individualizat, fiecăruia dintre subiecții aflați în proces. Considerând că reinserția nu este un proces care începe la terminarea tratamentului, toate aceste resurse și tehnici, independent de momentul în care intervin, au responsabilitatea de a include reinserția în orizontul scopurilor sale.

În mod evident, aceasta implică încorporarea în sânul instituției a ideii de loc de tranzit, al unui spațiu care îi permite subiectului accesul către alte spații sociale. Pentru aceasta este nevoie ca instituția să se plaseze în rețeaua de resurse comunitare (nu doar în rețeaua de resurse specifice) și să evite, pe cât se poate, stabilirea unei relații de dependență cu subiectul. (Rodriguez, 1990)

Pe de altă parte, prezentarea diferitelor resurse nu poate să se realizeze fără analiza istoriei apariției acestora. Obiectivele și scopurile pe care le-au avut unele dintre ele au suferit schimbări radicale de-a lungul timpului. Același lucru s-a întâmplat îndeosebi în legătură cu criteriile și propunerile de acțiune.

Într-o formă schematică, putem clasifica răspunsul instituțional în ceea ce privește drogurile în funcție de diferite momente (Magri, 2000):

Un prim moment este caracterizat de derută și se plasează la sfârșitul anilor `70. Multe dintre propunerile de atunci au pornit în urma unor inițiative individuale, la nivel de cartier sau grupuri mici sociale. Dacă într-un prim moment acestea apar ca răspuns la problematica alcoolismului, imediat după aceea au apărut cereri de asistență din partea consumatorilor de opiacee. Se remarcă o creștere progresivă a problemelor legate de consumul de heroină. Răspunsul a avut un caracter farmacologico-judiciar și își propunea îndepărtarea subiectului de substanța de consum.

Un al doilea moment este cel al dezvoltării modelului bio-psiho-social ce apare la jumătatea anilor `80. Este perioada programelor libere de droguri (programe ce au ca obiectiv principal de a obține abținerea). Oferta de asistență terapeutică se articula sub forma unei rețele cu două nivele. Primul nivel era reprezentat de ambulator ca centru de referință iar în al doilea nivel se aflau resursele specifice. Între acestea se remarcă Comunitatea terapeutică (a cărei prelungire naturală o constituiau „rezidențele urbane”). Este vorba de programe de lungă durată și cu o politică tutelară marcată.

Al treilea moment începe la sfârșitul anilor `80 și începutul anilor `90. Acesta este momentul dezvoltării modelului socio-cultural. Diferitele realități și experiențe au condus la cristalizarea unui nou concept, diferit de cele anterioare. Între acestea, marginalizarea multor consumatori de droguri ilegale, infectarea cu HIV, deteriorarea progresivă a sănătății și existența unui important sector de consumatori de droguri la care „nu ajungea nimeni” (sau odată ajunși la sistemul de asistență nu se puteau adecva criteriilor programului, abandonându-l).

În prezent este dificil să conturăm liniile directoare ale momentului dar putem semnala câteva din trăsăturile cele mai relevante:

- îngrijorarea socială generată de consumul de alcool în rândul tinerilor

- îmbătrânirea populației consumatoare de heroină
- creșterea cererii de asistență pentru consumatorii de cocaină
- preocuparea pentru consumul de droguri de sinteză

De asemenea se constată o consolidare a programelor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri și de asemenea, necesitatea dezvoltării strategiilor preventive ce trebuie adoptate pentru reducerea consumului de droguri legale și ilegale la tineri.

Centre ambulatorii

În general, acestea sunt cele care primesc solicitările de asistență și care se constituie în centre de evaluare și referință în care se stabilesc strategiile pertinente pentru fiecare caz în parte. În centrele ambulatorii sunt dezvoltate multe programe printre care:

- programe farmacologice de dezintoxicare
- controale și analize medicale
- găzduire
- programe de asistență în criză

După cum se observă, multitudinea de strategii definește o intervenție cu caracter asistențial. Odată realizată această evaluare vor trebui definite obiectivele și strategiile care vor permite obținerea rezultatelor așteptate, printre care nu trebuie uitată posibilitatea orientării către alte resurse ale rețelei. Programul ambulatoriu este astfel, în funcție de resursele umane de care se dispune, primul loc în care va fi abordată problematica fiecărui caz în parte. Înțelegem prin aceasta că aceste centre au ca obiectiv mai mult decât trimiterea către centrele adecvate aplicarea tehnicilor și metodelor considerate a fi necesare.

Programele rezidențiale

Înțelegem prin aceste programe acelea care sunt dezvoltate în centre unde subiecții primesc o intervenție intensivă și care, în același timp, se constituie în locuri de rezidență pentru o perioadă de timp determinată. În funcție de caracteristicile sale se disting trei tipuri:

➤ programe rezidențiale localizate la distanță de mediul obișnuit de proveniență (Comunități terapeutice)

➤ programe rezidențiale dezvoltate în penitenciare

➤ programe rezidențiale dezvoltate în mediul social de proveniență (apartamente protejate, apartamente sociale etc)

Comunitățile terapeutice și programele din penitenciare

Vom începe prin descrierea primelor două, deoarece găsim unele caracteristici comune în ceea ce privește efectele pe care le produce, respectând diferențele clare de bază. Este adevărat că instituțiile penitenciare se caracterizează prin privarea de libertate aplicată forțat, ceea ce determină o mai mare îndoială în ceea ce privește motivația reală a subiectului în momentul intrării în program. Dar nu este mai puțin adevărat ca mulți din cei care se adresează unei Comunități terapeutice, unui Centru de zi sau oricărei alte resurse, se adresează de asemenea sub imperiul „forței”, la presiunile familiei sau din cauză că se află sub o oarecare presiune judiciară care îi face să solicite internarea. Chiar și fără acești factori condiționali, unii subiecți se prezintă la serviciile de asistență fără o reală intenție de schimbare. Dar, de asemenea, se poate întâmpla ca datorită intervențiilor care se realizează, unii dintre aceștia să reconsidere situația lor și să dorească să se implice în mod real în procesul de integrare socială. Toate aceste posibilități apar în mod frecvent în practica noastră. Ceea ce permite sau nu dinamica schimbării sunt, fără îndoială, tehnicile și programele dezvoltate, cele care permit încorporarea subiecților în dinamica de schimbare. Ni se pare de aceea normal să includem în acest paragraf și programele din penitenciare pentru că se referă la un spațiu în care se află un număr mare de consumatori de droguri care nu au avut niciodată contact cu sistemul de asistență.

Unele din aceste modele rezidențiale (mai ales programele din penitenciare și Comunitățile terapeutice) își structurează modul de lucru în jurul controlului asupra subiectului asociată cu excluderea acțiunilor private, individuale. Acest control instituțional va determina o schimbare comportamentală

artificială. Apare astfel clară posibilitatea de eșec a intervenției asupra individului, dacă ceea ce pretindem este să redăm subiectului capacitatea de funcționare autonomă, liberă, dar în realitate nu oferim această posibilitate. și aceasta deoarece, odată cu dispariția presiunii externe subiectul nu este pregătit pentru a trăi și funcționa în libertate.

Astfel întoarcerea la social va fi în mod frecvent afectată de acest balast care împiedică lucrul operațional în vederea reinsertiei sociale.

De obicei, instituțiile în sine nu aduc nici prejudicii nici beneficii, va depinde de cum sunt utilizate și de postulatele către care se orientează. În consecință, ceea ce este periculos este necunoașterea efectelor pe care orientarea abordată le poate, potențial, produce. Pe de altă parte, să nu uităm că prin definiție fundamentele teoretice sunt supuse schimbării și astfel este loc de transformări continue.

În aceste circumstanțe și controverse în cea ce privește latura socială a abordării terapeutice, apar în Europa începând cu anii '70, și mai ales în anii '80, primele comunități terapeutice. Acestea vor integra cu rapiditate modelul grupurilor de auto-suport care se organizează - conviețuirea reproducând o microsocietate care generează o dinamică ce se va converti în cheia învățării oferită de acest tip de resursă.

Multe din problemele apar în momentul când subiectul se întoarce în mediu, sau sunt legate de faptul că acesta nu dispune de experiență care să faciliteze integrarea graduală. Încă mai prevalează considerarea „externării” din comunitatea terapeutică ca „sfârșit al procesului terapeutic”. Pe de altă parte subiecții nu cunosc efectele ce pot apărea ca rezultat al trecerii printr-o instituție închisă. Acestea sunt de o importanță vitală pentru o bună desfășurare a procesului planificat.

Programele de reinsertie urbană

În ceea ce privește apartamentele sociale și rezidențele urbane acestea au ca scop oferirea unui spațiu care să permită reducerea, în măsura în care se poate, a dificultăților cu care subiectul este confruntat în mediul său imediat. De asemenea, se pot utiliza ca pas intermediar între ieșirea dintr-o formă

rezidențială și integrarea în mediul de proveniență. Caracteristicile acestui tip de resurse permit o urmărire continuă a persoanei prin oferirea de răspunsuri foarte individualizate.

Programele de reducere a riscurilor asociate consumului

Aceste programe apar la sfârșitul anilor '80 și au cunoscut o dezvoltare importantă în anii '90.

Apariția SIDA și criticile aduse programelor libere de drog (care erau acuzate de o excesivă rigiditate) au cristalizat apariția de noi instrumente și programe, printre care și cele de reducere a riscurilor. Între acestea se includ, printre altele:

- schimbul de seringi
- deschiderea/înființarea de săli/spații de injectare
- centre de urgențe sociale

Obiectivul de a obține o viață abstinentă a rămas depășit de preocuparea de a apăra viața în sine: „într-un aspect esențial se întâlnesc medicina și etica: ambele au ca obiectiv principal apărarea și îmbunătățirea vieții. Dar, în timp ce rolul medicinei este înainte de toate salvarea vieții omenești, cel al eticii este de a afirma umanul vieții” (Savater, 1988).

Într-un prim moment, neîncrederea și suspiciunea pe care aceste programe le-au produs au paralizat capacitatea de răspuns a profesioniștilor și instituțiilor. Consecința acestei percepții antagonice a fost că implementarea acestor programe s-a produs de cele mai multe ori separat de restul rețelei de asistență.

Daca considerăm reinsertia ca un orizont necesar în acțiunile adresate subiecților consumatori de droguri, programele de reducere a riscurilor îndeplinesc un rol important în măsura în care facilitează o îmbunătățire a calității vieții unor persoane care, până nu de mult, nici măcar nu aveau contact cu sistemul de asistență. Fără îndoială că pentru a-și putea atinge scopul este necesar ca acestea să fie dotate cu resursele umane și materiale necesare, nu doar cu o abundență de metadonă și voluntariat.

Centrele de zi

La origini Centrele de zi au apărut cu pretenția de a oferi un model distinct de cel al internării oferit de Comunitățile terapeutice. Este vorba de o abordare filozofică diferită care se cristalizează în apariția a numeroase resurse cu aceste caracteristici la începutul anilor '90. În această nouă modalitate de a concepe lucrul cu subiectul consumator de droguri, asistența este oferită în mediul propriu (de obicei în mediul urban) subiectului și în mod caracteristic îi atribuie acestuia un rol de persoană activă și responsabilă. Față de presupusa protecție pe care o oferă izolarea, Centrul de zi dă posibilitatea ca individul să se confrunte cu dificultățile sale zi de zi și să devină responsabil de alegerile sale și de consecințele acestora.

Evident, în acest articol nu este vorba de a pune în valoare un tip de resurse în defavoarea altuia. După cum înțelegem noi, alegerea unei resurse potrivite se face în cea mai mare măsură în funcție de caracteristicile și circumstanțele fiecărui subiect în parte. Dar, fără îndoială, din experiența existentă până în prezent s-a putut constata că în acele cazuri care au urmat programe rezidențiale, centrul de zi și-a demonstrat rolul privilegiat de facilitator al „reîntoarcerii” la circuitul social obișnuit al subiectului.

În concluzie, considerăm că oferirea unei asistențe profesionale și de calitate este posibilă doar în măsura în care diferitele resurse sunt organizate ca rețea. Pentru aceasta este necesar (Megias, 2000):

- multiplicarea punctelor de legătură cu scopul de a pune la dispoziția subiectului consumator de droguri un număr maxim de facilități pentru a intra în contact cu serviciile
- apropierea acestor puncte de contact cu mediul unde apare problema
- diversitatea ofertei
- stabilirea de diferite niveluri de exigență

Din acest punct de vedere colaborarea și coordonarea între resurse este indispensabilă. Propunem astfel noțiunea de **circuit terapeutic**, care se referă la: abordarea complexă, multidisciplinară, multisectorială, continuă, individualizată a tratamentului, având ca scop final reabilitarea și reintegrarea în mediul social a utilizatorului de droguri.

Serviciile integrate ale circuitului terapeutic:

Considerăm servicii de asistență a dependenței de droguri și a altor tulburări adictive următoarele:

Evaluare: definește procesul prin care este determinată problematica individuală pe care o manifestă individul, precum și determinarea diverselor caracteristici ale subiectului și mediului sau (pe trepte de severitate, pe axe – medical, profesional, legal, social, familial, psihologic, etc.). Scopul evaluării este orientarea individualizată a procesului terapeutic în funcție de caracteristicile personale și posibilitățile de tratament existente în sensul oferirii celei mai bune îngrijiri medicale posibile.

Evaluarea se constituie în prima verigă a circuitului terapeutic. La finalizarea evaluării, pacientul este informat despre structurile circuitului terapeutic, despre condițiile de tratament și reabilitare proprii fiecărui serviciu sau centru medical la care poate fi trimis, în scopul ajutării pacientului în luarea unei decizii informate privitoare la participarea sa activă la procesul de reintegrare socială. Evaluarea poate fi reluată în orice moment al procesului terapeutic.

Evaluarea are la bază o metodologie și criterii științific stabilite. În urma evaluării, fiecărui pacient i se va atribui un manager de caz care va fi răspunzător de realizarea legăturilor în cadrul circuitului terapeutic, de realizarea evaluărilor periodice ale pacientului dar și de legătura cu sistemul judiciar. Acesta are ca suport instrumente științific dovedite care îi permit realizarea orientării și evaluării pacientului.

Dezintoxicare: definește procesul terapeutic ce are ca scop întreruperea utilizării drogului pentru acele substanțe capabile să producă dependență fizică și prevenirea sau tratamentul sindromului de abinență.

Dezintoxicarea poate fi efectuată prin metode substitutive sau non-substitutive prin administrarea unei medicații simptomatice.

Reducerea riscurilor asociate consumului: definește ansamblul de strategii și acțiuni orientate spre reducerea consecințelor negative individuale și/sau sociale ale consumului de droguri, fără a avea ca obiectiv principal încetarea totală a utilizării drogului. Termenul de risc se referă la probabilitatea consumului de droguri de a determina consecințe dăunătoare la nivelul sănătății individului sau a comunității. Aceste servicii pot fi: programe de menținere pe agonist, programe de schimb de seringi și altele.

Program de menținere cu agoniști de opiacee (metadona, LAAM, buprenorfina etc): definește ansamblul de măsuri terapeutice care are ca obiectiv stabilizarea utilizatorului, prin înlocuirea drogului consumat de utilizator cu un substitut. metadona sau cu alte substanțe specifice, adecvate de la caz la caz, pe o perioadă de timp îndelungată, în vederea reducerii utilizării drogurilor și a riscurilor asociate. Nu are ca obiectiv principal întreruperea utilizării drogului. De asemenea are ca scop reabilitarea și reintegrarea individului.

Serviciile oferite în cadrul acestor programe sunt: administrarea de agoniști și/sau de alte substanțe medicamentoase specifice tratamentului adecvat stării utilizatorului, consiliere psihologică, psihoterapie și reabilitare

Program de susținere a abinenței cu antagonist opiaceu (de tip naltrexona) - definește activitățile terapeutice care au ca scop blocarea (neutralizarea) efectelor drogului utilizat.

Serviciile medicale oferite în cadrul acestor programe sunt: administrarea de naltrexona și/sau de alte substanțe medicamentoase specifice tratamentului adecvat stării utilizatorului, consiliere psihologică, psihoterapie și reabilitare.

Program de schimb de seringi: definește totalitatea activităților și măsurilor adresate utilizatorilor de droguri injectabile, care au ca scop asigurarea injectării în condiții de siguranță medico-sanitară și prevenirea

îmbolnăvirilor asociate cu administrarea injectabilă.

Aceste activități pot cuprinde: distribuire și colectare de seringi, oferirea altor materiale utilizate la injectare – tamponi dezinfectanți, garouri, substanțe de dizolvare, altele – oferirea de referințe și informații, consiliere pentru reducerea riscurilor utilizării drogurilor, consiliere, pretestare și posttestare pentru infecții cu virusul HIV, al hepatitei B și C și al altor infecții cu transmitere sexuală, testare HIV, hepatita B și C, vaccinare pentru hepatita B, distribuire de prezervative etc.

Reabilitare: definește totalitatea strategiilor integrate al căror obiectiv principal este scoaterea utilizatorului din cultura drogurilor și readucerea acestuia în modalitatea de viață socială a majorității sau a dezvoltării unui stil de viață alternativ celui al utilizatorilor de droguri.

Această abordare terapeutică se desfășoară pe parcursul întregului circuit terapeutic și constă, în afara măsurilor cu caracter medical, în activități de informare, consiliere, psihoterapie, terapie educațională și vocațională, derulate într-o manieră integrată, în scopul creșterii autonomiei și valorii sociale individuale, a dezvoltării responsabilității și recăștigării abilităților sociale.

Reintegrare: definește procesul de integrare a unei persoane în societate ca cetățean responsabil, autonom și în mod nediscriminatoriu.

Consiliere și psihoterapie: definește ansamblul de metode, tehnici specifice destinate să faciliteze schimbări ale comportamentului, eliminarea dependenței psihice și dezvoltarea unor abilități personale care să permită integrarea socială a utilizatorului.

Această abordare terapeutică include: evaluare, informare și consiliere psihologică și socială, psihoterapie individuală, familială, de grup, ocupațională, vocațională, grup de autosuport și sprijin pentru probleme bio-psiho-sociale asociate consumului de droguri, intervenții scurte și/sau în condiții de criză, strategii de reabilitare și sprijin pentru reintegrare.

Aceste servicii se asigură specific și adecvat etapei de evoluție a fiecărui utilizator și se constituie în parte integrantă a fiecărei abordări din cadrul circuitului terapeutic. Au la bază standarde de calitate și metode specifice de includere, excludere, monitorizare și evaluare.

PREZENTAREA PROGRAMULUI „DEZVOLTARE COMUNITARĂ ÎN ZONA TÂRGU NEAMȚ”¹

Iuliana Precupețu

Programul a fost inițiat în anul 1999 cu sprijinul UNICEF și s-a constituit într-o experiență coerentă de dezvoltare comunitară în domeniul serviciilor pentru familie și protecția copilului din România. Programul este prezentat în continuare în mod succint și este încheiat de comentarii care subliniază caracteristicile care îl includ în sfera dezvoltării comunitare.

Obiectivul general al programului a fost creșterea și întărirea capacității comunității locale de a rezolva problemele cu care se confruntă copiii și familiile din zona Târgu Neamț (orașul Târgu Neamț și aria limitrofă formată din 13 comune).

Obiective specifice:

- identificarea de soluții locale pentru procesul de dezinstituționalizare a copiilor;
- dezvoltarea unei strategii de prevenire a instituționalizării copiilor;
- elaborarea unei strategii pentru îmbunătățirea situației copiilor romi;
- întărirea comunicării și cooperării între autoritățile locale și organizațiile non-guvernamentale;
- creșterea capacității serviciilor publice pentru realizarea activităților de educație și formare a „agenților schimbării”;
- dezvoltarea unui sistem de monitorizare a situației copiilor și familiilor;
- dezvoltarea unor activități de colectare de fonduri și crearea de activități

generatoare de venituri, inițierea unei producții locale a materialelor educative pentru creșă, grădinițe și școli primare;

Bugetul total a fost de 26,725 USD din care contribuția UNICEF a fost de 19,250USD.

Activități desfășurate:

❖ **Diagnoza problemelor** copiilor și familiilor din zonă pe baza unui studiu sociologic

❖ **Dezvoltarea serviciilor pentru copii și familii aflate în risc de abandon**

Servicii de îngrijire și educație pentru copii între 0-10 ani

Centrul de zi pentru copii 0-3 ani a fost creat în scopul prevenirii instituționalizării copiilor provenind din familii identificate ca prezentând risc de abandon. 10 copii și familiile acestora au beneficiat în primul an de serviciile oferite prin intermediul centrului.

Centrul de îngrijire de zi pentru copii preșcolari de 3-7 ani. Proiectul a fost bazat pe un parteneriat între primărie (care a asigurat spațiul), inspectoratul școlar și o fundație locală. Beneficiarii centrului au fost 4 grupe de 15 copii (o grupă formată din copii romi).

Centrul de primire în regim de urgență pentru copiii aflați în risc de abandon între 0 și 10 ani. Proiectul a fost și el parte a componentei de prevenire a abandonului reprezentând un parteneriat

¹ Prezentarea a utilizat informația conținută în Raportul narativ privind implementarea programului „Dezvoltare comunitară în zona Tg. Neamț” (coordonator Ana Marin), UNICEF România, Primăria orașului Tg. Neamț, 1999 și în Raportul de consultanță pentru reprezentanța UNICEF, consultant Iuliana Precupețu, 2001

între primărie, spitalul orașenesc (care a asigurat spațiul) și inspectoratul școlar județean. El și-a propus a fi o soluție temporară de îngrijire a copiilor abandonati (maxim o lună) și de identificare a soluțiilor definitive de îngrijire pentru copiii abandonati.

Servicii de consiliere pentru părinți și copii.

Servicii de consiliere pentru familiile aflate în situație de risc. În cadrul proiectului a fost creat un centru de consiliere și au fost formați specialiști care pot acorda servicii de consiliere în scopul reducerii abandonului familial și școlar. În perioada iulie-decembrie 1999 au fost rezolvate 20 de cazuri prin intermediul acestui centru.

Servicii de consiliere, terapie ocupațională și pregătire vocațională pentru copiii cu probleme psiho-sociale. Proiectul s-a adresat copiilor cuprinși în sistemul educațional al școlii ajutoare din Tg. Neamț, instituție de învățământ special. Copiii și familiile acestora au beneficiat de serviciile de consiliere în scopul sporirii gradului de integrare socială a copiilor cu deficiențe.

Servicii de suport pentru familii aflate în dificultate

Banca de hrană este un proiect cu caracter novator realizat la sugestia consultantului UNICEF, constând în crearea unor depozite de alimente (donate sau cumpărate din donații) cu scopul distribuirii lor către familiile asistate social și copiilor din instituții. Proiectul a luat amploare în timp, în anul 2000 erau implicate, pe lângă primărie, 4 biserici din oraș care realizau sistematic colectarea alimentelor. Prin intermediul bisericilor, au fost implicate și alte segmente ale comunității: oameni de afaceri, agenți comerciali etc. De asemenea, relația între cel care a donat cel care a primit a fost constituită pe o bază personală, în sensul că beneficiarul ajutorului a fost informat de unde anume a venit acesta, gratificația pentru donator fiind imediată, acest element dovedindu-se de mare importanță în funcționarea sistemului.

Servicii de educație și suport pentru femeile roma

Cursuri de educație pentru sănătate pentru femeile roma. Centrul de educație pentru femeile roma, creat prin proiect, a oferit servicii de educație pentru viață și sănătate și cursuri pentru formarea deprinderilor practice în învățarea unei meserii pentru un număr de 18 femei. 6 femei au urmat cursuri practice de croitorie și un atelier de croitorie a funcționat pe timp limitat. În anul 2000 programul a fost întrerupt datorită epuizării materialelor de lucru oferite prin proiect și unor defecțiuni ale echipamentelor de lucru.

❖ *Facilitarea accesului la resurse informaționale, formare, perfecționare pentru „agenții schimbării”, părinți și copii*

Centrul de resurse pentru dezvoltare comunitară. Proiectul a fost conceput în scopul creării unui centru de viață comunitară, ca o modalitate de difuzare de informație necesară la nivel local (drepturile omului, rezolvarea conflictelor, HIV, TBC, consum de droguri, abuzul și neglijarea copilului) dar și ca punct de întâlnire pentru diferite segmente ale comunității, ca modalitate de contact între comunitate și autoritățile locale.

Formare de formatori ai agenților schimbării. Scopul a fost recrutarea resurselor umane care să asigure sustenabilitatea programului în ansamblul său. Printre activitățile desfășurate în interiorul acestei componente, 15 voluntari (preoți, profesori, elevi, personal tehnic) au fost recrutați și au urmat cursuri de formare de lucrător social.

❖ *Inițierea producției locale de jucării, materiale educaționale pentru copiii din familiile sărace, comunitatea roma, zonele rurale, instituțiile pentru protecția copilului.*

Crearea *atelierului de jucării „Punguța cu doi bani”*. Această componentă a urmărit, în principal inițierea unei activități generatoare de venit și crearea unei producții locale de jucării pentru copii. În anul 2000, proiectul

nu mai continua, el s-a confruntat, în principal, cu dificultatea de a recruta voluntari.

Caracteristici ale programului care îl includ în sfera dezvoltării comunitare

Inițiativa programului a pornit de la nivel local, a aparținut autorităților locale care au identificat și resursele necesare elaborării și implementării.

Primul pas a fost realizarea unui **studiu de diagnoză** a problemelor la nivel comunitar care a fundamentat elaborarea și dezvoltarea programului.

Demersul de **identificare a problemelor** a fost făcut permanent prin elaborarea unei strategii de identificare a familiilor aflate în risc de abandon prin intermediul **Comisiei Comunitare**. Aceasta include 25 de membri ai comunității care se întâlnesc lunar.

Capacitatea comunitară este demonstrată de abilitatea de a crea **parteneriate**, de a **elabora proiecte**, de a **identifica surse de finanțare**.

În program au fost implicate majoritatea instituțiilor din comunitate cu responsabilități în domeniul serviciilor pentru copii și familie precum și alte segmente ale comunității: primăriile comunelor cuprinse în program, DPC, ONG-urile locale, spital, grădinițe, școala ajutoare, firme, mass-media, familii și copiii acestora etc. Parteneriatele au funcționat, chiar dacă uneori au întâmpinat mici dificultăți. Motivele principale au fost

suprapunerea de responsabilități, necesitatea în cazul unora dintre parteneri de a controla procesul de desfășurare a proiectului, neînțelegerii sau nedelimitării clare a responsabilităților în interiorul parteneriatelor.

De asemenea, au fost făcute eforturi de a face cunoscute proiectele și rezultatele acestora, prin implicarea mass-mediei la nivel local.

Capacitatea de inovație a programului în domeniu s-a dovedit a fi foarte mare: de exemplu, prin program a fost încheiată o convenție cu magazinele de second-hand care au făcut donații în îmbrăcăminte centrelor de zi.

În același timp, a fost instituit un **sistem de recompense** în procesul de strângere a fondurilor utilizând diplome, și popularizarea donatorilor cu ajutorul mass-mediei locale.

Rezultatele pe termen scurt și mediu ale programului au demonstrat eficiența acestui mod de **creare a serviciilor** locale pentru copii și familii în risc de abandon.

Strategia existentă la nivel local de dezvoltare strategică (realizată printr-un proiect finanțat de o altă organizație internațională) ca și proiectele dezvoltate în domeniul protecției copilului demonstrează sustenabilitatea de pe termen lung a programului.

Finanțarea s-a făcut, în principal, cu ajutorul UNICEF, dar, în același timp, au fost mobilizate resurse locale (donații în bani, alimente).

INTEGRAREA REFUGIAȚILOR ÎN ROMÂNIA - PARTENERIAT ÎNTRE ORGANIZAȚIILE NONGUVERNAMENTALE, INSTITUȚIILE GUVERNAMENTALE, AUTORITĂȚILE LOCALE ȘI REFUGIAȚI

Radu Mircea
Sorin Cace

1. Context

Transformările democratice care au avut loc în România, în decembrie 1989, au permis apariția de noi perspective în domeniul protecției refugiaților. După ce procedura de azil a fost reglementată și a început să funcționeze, problema prioritară a devenit integrarea refugiaților, nevoia acestora de a fi susținuți în efortul lor de a atinge un nivel corespunzător de independență economică necesar integrării în mediul social, economic și cultural al societății în care trăiesc.

În România, activitatea de integrare a refugiaților este reglementată de un act normativ intrat în vigoare la sfârșitul anului 2001 (Hotărârea de Guvern nr. 1191/2001), care cuprinde un *program special de integrare socio-profesională a străinilor care au dobândit statutul de refugiat*. Acest program urmărește acomodarea cât mai rapidă a noilor veniți cu regulile și valorile fundamentale ale societății românești, în vederea autosusținerii și evitării dependenței. Integrarea socio-profesională a refugiaților, așa cum este definită în legislația românească, presupune un set de măsuri întreprinse de autoritățile române cu responsabilități în domeniu și de organizațiile nonguvernamentale care desfășoară programe focalizate pe acest grup țintă. Toate aceste acțiuni se desfășoară în vederea dobândirii de către refugiați, cu acordul acestora, a unui loc în societatea românească, precum și a aptitudinilor și posibilităților de întreținere prin mijloace proprii.

Grupul țintă este reprezentat de o populație neomogenă din punctul de

vedere al vârstei, sexului, profilului familial, nivelului de educație și pregătire profesională, experienței pe piața forței de muncă, stării de sănătate și, în special, al țărilor de proveniență ceea ce implică o mulțime de particularități culturale și religioase. Astfel, printre persoanele care au dobândit statutul de refugiat întâlnim: persoane singure sau cupluri; familii complete sau monoparentale; copiii în cadrul unei familii sau copii separați; persoane cu un nivel minim de educație dar și cu un nivel mediu sau superior, complet sau întrerupt; adulți fără pregătire profesională sau experiență pe piața forței de muncă dar și profesioniști foarte bine pregătiți; persoane aparținând de variate naționalități, rase și religii. De asemenea, nu trebuie uitat faptul că o parte dintre refugiați suferă traume cauzate de exil. Spre deosebire de alți migranți, refugiații sunt forțați să-și părăsească țările de origine, plecarea lor fiind grăbită și neplanificată. Cei mai mulți dintre ei au de îndurat o serie de privațiuni înainte de a ajunge în România, iar aceste experiențe au un puternic impact emoțional; lipsa controlului asupra resurselor de bază necesare supraviețuirii poate crea sentimente de teamă, neajutorare și dependență. O categorie aparte de persoane cu nevoi speciale este reprezentată de copii, femei și refugiați victime ale torturii.

2. Perspective de abordare și acțiuni concrete

Până la apariția actului normativ menționat anterior, de aspecte privind integrarea străinilor care au primit statutul de refugiat s-au ocupat, în principal,

organizațiile nonguvernamentale, care au derulat activități de consiliere psihosocială și juridică atât a solicitanților de azil cât și a refugiaților recunoscuți. Aceste activități de consiliere pe probleme de integrare a adulților și copiilor refugiați s-au desfășurat în colaborare cu Ministerul de Interne prin Oficiul Național pentru Refugiați. După apariția legislației, acestei din urmă instituții îi revine sarcina de a coordona activitatea de integrare a refugiaților. În acest sens, în colaborare cu alte ministere abilitate și organizațiile nonguvernamentale se desfășoară activități de includere graduală a refugiaților în structura societății românești. Sunt vizate mai multe dimensiuni ale integrării socioprofesionale, care se referă la acomodare culturală, învățarea limbii române, facilitarea accesului la sistemul național de învățământ, facilitarea accesului la sistemul național de sănătate și de asigurări sociale, accesul liber pe piața forței de muncă și, nu în ultimul rând, pentru refugiații care nu au mijloace de întreținere, asigurarea, la cerere, a unui loc de cazare pe perioada de derulare a programului de integrare. În continuare, vom face o scurtă descriere a fiecăreia dintre dimensiunile prezentate mai sus, așa cum se regăsesc ele în legislația și practica românească.

2.1. Acomodarea culturală

Programele de adaptare culturală au ca scop însușirea de către participanți a unor norme și valori românești, europene, a unor modele sociale de comportament și de comunicare interumană, fără însă a renunța la normele și valorile tradiționale ale culturilor din care provin. Sesiunile de acomodare culturală sunt organizate atât de către Oficiul Național pentru Refugiați cât și de organizațiile nonguvernamentale și vizează, în principal, orientarea în sistemul de norme, reguli de conduită și valori ale societății românești. Realizarea cu succes a programelor de integrare culturală presupune ca refugiații să împărtășească și să adere la aceleași norme și valori fundamentale în România. Aceasta nu înseamnă că ei trebuie să renunțe la propria cultură, ci doar faptul că trebuie să-și însușească anumite valori și

norme necesare participării lor pe piața forței de muncă și în societate în general - respectarea valorilor exprimate în Constituția României și alte legi, cunoștințe despre democrație, drepturile omului, proprietate, libertatea de exprimare, toleranță religioasă etc.

2.2 Cursurile de limba română

În paralel cu aceste cursuri de acomodare culturală au loc cursuri de învățare a limbii române, obligatorii pentru toți participanții pe toată durata programului de integrare, cursuri organizate de Oficiul Național pentru Refugiați în colaborare cu Ministerul Educației și Cercetării. Ministerul Educației și Cercetării stabilește durata și programa cursurilor de învățare a limbii române, pe categorii de vârste și pregătirea profesorilor, ținându-se cont de specificul cultural al beneficiarilor acestor cursuri, care se finalizează prin atestarea nivelului de cunoaștere al limbii române. Scopul cursurilor de învățare a limbii române îl reprezintă achiziționarea unui bagaj de cunoștințe privind limba română (conversație, gramatică etc.) care să le permită refugiaților participarea de pe poziții egale cu ceilalți cetățeni pe piața forței de muncă și în societate. Cunoștințele de limba română sunt, adesea, o condiție pentru a avea un loc de muncă și pentru a avea acces la educație (sistemul național de învățământ) și, totodată, un indicator al nivelului de integrare.

Este important ca sesiunile de acomodare culturală să se suprapună cu cele de învățare a limbii române, cu cursurile de calificare/recalificare și alte activități de integrare. Învățarea limbii române este un proces de durată, care trebuie să țină cont de particularitățile și nevoile individuale ale beneficiarilor, de condițiile de sănătate, de situația familială etc. În acest sens, pentru fiecare beneficiar al programului de integrare se întocmește un plan individual care să corespundă cât mai bine nevoilor sale. Nu trebuie uitat că nu este suficient a vorbi limba țării gazdă pentru a putea fi considerat integrat; cursurile de limba română nu reprezintă

decât o dimensiune a procesului de integrare.

Cursuri de limba română - exemplu practic

Asociația “CATALACTICA” este o persoană juridică română, apolitică, neguvernamentală și non-profit, având o structură deschisă.

Asociația “CATALACTICA” are ca scop principal dezvoltarea și promovarea socio-economică a tuturor categoriilor de persoane din societate, fără deosebire de vârstă, sex, naționalitate, opțiune politică sau religioasă.

Asociația extinde și diversifică programele derulate de Fundația ECHOSOC încă din 1996.

Principalele activități desfășurate de către organizația noastră sunt:

1. Furnizare de servicii sociale în parteneriat cu administrațiile locale și serviciile publice
2. Servicii de pregătire pentru personal din domeniul social din administrațiile locale și ONG -uri
3. Consultanță și evaluare de programe sociale
4. Elaborare și editare de publicații
5. Dezvoltare comunitară

Când vorbim de integrare prin dobândirea de competențe învățarea limbii române este o condiție esențială pentru succesul celorlalte măsuri de integrare.

Cursurile de limba română oferite de Asociația ARCA în parteneriat cu Asociația CATALACTICA contribuie la realizarea legăturii dintre nevoile refugiaților și serviciile existente pentru aceștia.

Scopurile cursului

- Învățarea limbii române pentru asigurarea unui nivel acceptabil de comunicare în societate
- Integrarea în societatea românească prin abilitați îmbunătățite de comunicare.

Descrierea generală a cursului:

- Cursul este structurat pentru o perioadă de 3 luni

- În fiecare săptămână sunt realizate 8 ore de curs.
- Participanții sunt împărțiți în funcție de nivelul cunoașterii limbii române în începători și avansați.

Programa are următoarea structură:

1. Prima lună

- Alfabetul
- Vocabularul
- Substantivul
- Pronumele
- Verbul
- Adjectivul
- Prepoziția
- Genurile substantivelor
 - Feminin
 - Masculin
 - Neutru

Toate noțiunile gramaticale sunt exersate în grup sau, după caz, în doi.

2. Luna a doua

- Familii de cuvinte
- Vocabular și cuvinte specifice pentru diferite activități (familie, școală, magazin, doctor etc.)

3. Luna a treia

- Cum să scrii un document
- Dictare cu redactarea ideilor principale ale textului
- Discuții pe teme de interes general
- Evaluarea finală pe baza unor teste.

2.3 Accesul la educație

Accesul la educație este un element cheie al integrării în orice societate, care permite persoanelor cu statut de refugiat să devină mai constructive și mai active în cadrul social și economic, având mai multe oportunități de a accede pe piața forței de muncă și de a obține o slujbă pe termen lung. Organizarea de cursuri de învățare a limbii pentru adulți și integrarea copiilor în sistemul public de învățământ este benefică nu numai pentru refugiați, ca beneficiari direcți, dar și pentru societatea

românească care are oportunitatea de a lua contact direct cu experiențe culturale diferite. În România, refugiații au dreptul la învățământ primar și gimnazial, în aceleași condiții stabilite de lege pentru cetățenii români, iar la celelalte forme de învățământ în condițiile stabilite pentru cetățenii străini. Educația refugiaților trebuie privită ca o combinație între educația din țara de origine și educația obținută în România, care să le permită obținerea unui loc de muncă corespunzător nivelului de pregătire.

2.4 Accesul la sistemul de asigurări sociale, asigurări sociale de sănătate, cursuri de calificare și/sau recalificare

Persoanele care au dobândit statutul de refugiat și sunt lipsite de mijloacele de existență necesare beneficiază, la cerere, de un ajutor rambursabil (Ordonanța Guvernului nr. 102/2000 privind statutul și regimul refugiaților în România, art.23, alin. 3) iar după expirarea perioadei de primire a acestui tip de ajutor, dacă îndeplinesc condițiile, pot primi ajutor social din partea autorităților locale (Legea nr.416/2001 privind venitul minim garantat). De asemenea, refugiații pot fi incluși în Sistemul Național de Asistență Socială, în aceleași condiții cu cetățenii români (conform prevederilor Legii nr. 705/2001).

Unul din scopurile principale ale programelor de integrare este acela de a facilita accesul la un loc de muncă care va permite autosusținerea financiară a refugiatului și a familiei sale și evitarea creării dependenței față de ajutoarele sociale primite de la stat. Deseori, refugiații au acces la un loc de muncă sub nivelul posibilităților și calificării lor; astfel, potențialul de care dispun rămânând nefolosit. Acest lucru se datorează nu doar cunoștințelor insuficiente de limba română și nivelului minim de educație primit în țara de origine, dar și, în mare măsură, absenței unei calificări profesionale sau, dacă aceasta există, neconcordanței acesteia cu mediul economic și social din țara gazdă. Pentru depășirea acestor obstacole, cursurile de calificare, iar dacă

este cazul de recalificare, reprezintă o modalitate viabilă, prin achiziționarea de către persoanele cu statut de refugiat a cunoștințelor și abilităților necesare găsirii unui loc de muncă în concordanță cu cerințele economiei românești. În mod normal, cursurile de calificare/recalificare nu pot fi separate de activitățile de consiliere în vederea angajării, ele fiind definite ca un proces de achiziție de noi cunoștințe și abilități în vederea obținerii unui loc de muncă, reprezentând un instrument indispensabil accesului pe piața forței de muncă. Pe de altă parte, astfel de cursuri oferă posibilitatea refugiatului de a deveni o persoană activă în încercarea să de integrare în noul mediu.

2.5. Accesul pe piața forței de muncă/independența economică

Majoritatea noilor veniți în România aduc cu ei și dorința de a face un efort pentru a începe o nouă viață. Ei au calități și competențe de care este nevoie în societatea românească. Criteriul principal, în funcție de care putem evalua succesul activităților de integrare, este reprezentat de ponderea refugiaților pe piața forței de muncă. Bineînțeles, integrarea se referă și la alte aspecte ale vieții sociale, dar este necesar ca refugiaților care nu au încă un loc de muncă sau care sunt nou veniți să li se întindă o mână de ajutor pentru a găsi o slujbă care le poate asigura întreținerea lor și a familiilor lor.

Angajarea pe piața forței de muncă oferă persoanei cu statut de refugiat posibilitatea să se autosusțină și să obțină un anumit standard de viață, să-și câștige respectul de sine și locul în societate. Pe de altă parte, locul de muncă reprezintă cea mai bună școală de integrare în societate și cel mai propice mediu de învățare a limbii române, datorită posibilităților de a realiza contacte culturale frecvente cu cetățenii români. Șansele refugiaților de a se angaja cresc în funcție de:

- educația primită în țara de origine;
- educația primită în România;
- timpul petrecut în România.

Oficiul Național pentru Refugiați, împreună cu organizațiile nonguvernamentale, poate organiza, în limita fondurilor disponibile, activități de consiliere privind direcționarea către serviciile de orientare profesională, cursuri de calificare/recalificare și identificare de locuri de muncă pentru refugiați. Astfel de programe trebuie să țină cont atât de necesitățile obiective ale pieței locurilor de muncă, cât și de nevoile și abilitățile individuale, de ordin subiectiv, ale beneficiarilor de programe.

Activitățile de consiliere urmăresc, de asemenea, și facilitarea accesului la sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite de legea română în domeniu, în sensul în care toate persoanele care au dobândit o formă de protecție pe teritoriul României sunt obligate să își facă asigurare socială de sănătate.

3. Concluzii

Cunoștințele de limba română reprezintă o condiție pentru a avea acces la activitățile organizate în vederea obținerii unei noi calificări. De aceea, cursurile de limba română oferă cunoștințe de limbă necesare participării la astfel de cursuri, putându-se vorbi, în acest sens, de o ordine cronologică a activităților de integrare: cursuri de acomodare culturală, în paralel cu cele de limba română, iar după o anumită perioadă, care variază în funcție de fiecare caz în parte, facilitarea accesului la cursurile de calificare/recalificare, care pregătesc accesul refugiaților pe piața forței de muncă.

Această ordine este doar una teoretică, care pleacă de la premisa că pentru a avea o slujbă este necesar un anumit nivel de cunoștințe de limbă; în practică, lucrurile se pot schimba: accesul la un loc de muncă, încă dintr-o fază timpurie este un stimulent și un mediu propice pentru achiziționarea limbii țării gazdă.

Persoanele care au obținut statutul de refugiat în România beneficiază de servicii de formare profesională gratuite, cheltuielile de școlarizare fiind suportate din aceleași surse bugetare ca și pentru cetățenii români. De asemenea, mai au dreptul la manuale și materiale de instruire, abonamente gratuite pe mijloacele de transport în comun de la domiciliu până la locul de pregătire și de consultații medicale, analize și teste necesare frecventării. În paralel cu instituțiile statului sunt implicate în organizarea acestor cursuri și organizațiile nonguvernamentale, care au un rol cheie în facilitarea accesului la informațiile cu privire la astfel de programe prin centralizarea datelor și realizarea unor ghiduri necesare beneficiarilor.

SENSIBILISATION A LA NOTION DE MOBILISATION DANS UN PROJET DE DEVELOPPEMENT SOCIAL

Franck Guillon

INTRODUCTION:

Dans la logique de développement social (ou de mouvement social), les associations vivent quotidiennement dans un espace paradoxal et ambiguë que l'on peut caractériser de la façon suivante:

- d'une part, les associations contribuent à réaliser librement la formation de l'opinion et de la volonté à travers des contacts horizontaux d'intervention,
- d'autre part, elles dépendent verticalement d'une logique instrumentale entretenue par des systèmes de pouvoirs politiques institutionnalisés (Etat, clergé, entreprises,...).

La pertinence d'un projet de développement résulte donc d'un savant dosage entre la dimension de «libre association» et la dimension de «domination». Concrètement, les rapports avec l'Etat peuvent être conflictuels lorsqu'une structure associative prend la défense des «sans droits» mais ils peuvent être aussi coopératifs lorsque celle-ci assume le rôle de relais de l'espace institutionnel.

Quoiqu'il en soit, quelque soit le niveau d'autonomie et de dépendance des associations dans une société, il ne faut pas perdre de vue qu'elles „médiatisent les conflits idéologiques de la société globale, contribuent à la formation des élites et à la structuration du pouvoir local et participent à la définition des politiques publiques tout en légitiment la sphère politico administrative”. (M. Barthélémy, 2000 p. 16).

En cela, les associations participent à la politique puisqu'elles contribuent à l'exercice du pouvoir d'Etat

et aux formes de domination qui y sont liées.

Cet article ne pouvait pas traiter de la notion de mobilisation sans évoquer préalablement de l'environnement sociopolitique dans lequel elle évolue. En effet, avant toute forme d'intervention sociale, il convient d'identifier la nature de la sphère dans laquelle le projet va s'inscrire et de comprendre les enjeux qui en découlent.

Facile à dire, mais pas facile à faire!

Si toutes les sociétés avaient la même culture, le même type de représentations, les mêmes dynamiques, il aurait été bien plus aisé d'apporter des réponses claires et compréhensibles sur la question de la mobilisation. Or, le Monde est organisé dans des rapports de force politiques, économiques, culturels et sociaux dont la nature systémique varie d'un pays, d'une région à l'autre. Le Monde étant dynamique, diversifié et inégalement réparti, on ne peut donc pas définir la mobilisation de manière stricte et figée.

Comment faire alors?

Dans un premier temps, une petite approche historique et dimensionnelle sur la notion sociologique de la mobilisation. Cela doit aider à comprendre le sens et la finalité de ce qui englobe le terme. Ensuite, parce que la partie sociale nous intéresse, nous mettrons en évidence quelques outils préconisés pour atteindre cet objectif. Ces deux parties seront essentiellement théoriques et conceptuelles.

Dans un second temps, nous aborderons les actions de mobilisation sous un angle expérimental, pratique et

pragmatique en se référant sur deux actions de développement social réalisées dans des contextes politiques, socioculturels et environnementaux bien distincts:

- Le Canada et la population inuk (Hudson bay)
- Haïti et les populations des bidonvilles.

Enfin, pour conclure, nous essaierons de dégager des éléments de réflexion et d'action qui pourraient être utiles à toute démarche dont l'objet est de faire participer durablement des acteurs (groupe ou individus) autour d'un projet commun de développement social.

Cet article, bien sûr, n'a pas la vocation ni la prétention d'être un travail sociologique ou anthropologique. Il s'agit ici d'un témoignage sur des expériences et des difficultés rencontrées. Cette capitalisation des savoirs et des connaissances n'a qu'une seule ambition: sensibiliser les intervenants sociaux sur l'importance du choix du mode d'intervention et de la stratégie de mobilisation inhérente à toute démarche de projet.

Trop nombreux sont ceux qui ne s'y intéressent pas pour des raisons qui leur sont propres. Dans tout les cas, il ne faut pas oublier que le meilleur arbre ne dépend pas seulement de la qualité de sa graine mais très souvent de celui qui a choisi de la planter et de l'entretenir...

1 APPROCHES THEORIQUES GLOBALES DE LA NOTION DE MOBILISATION

1.1 La mobilisation dans le mouvement social

Si l'expression «mouvement social» est ancienne, le concept sociologique est récent, et peut prêter à confusion. Deux acceptations opposent les sociologues entre eux et se retrouvent dans le découpage organisationnel de l'association internationale de sociologie.

D'un côté, ceux pour qui le mouvement social est une action

instrumentale qui correspond à des fins politiques (mobilisation des ressources) pour pénétrer au sein d'un système politique, s'y maintenir et renforcer sa position.

D'un autre côté, ceux pour qui le mouvement social est la signification la plus élevée d'une action collective à la fois contestataire et défensive, et visant au contrôle de l'historicité, c'est-à-dire à la maîtrise des orientations principales de la vie collective.

La première définition de la mobilisation sociale (ou mouvement) date des années 60' quand l'historien Charles Tilly et le sociologue Anthony Obershall ont posé les premières pierres de ce qui est souvent appelé la théorie de la «mobilisation des ressources». La seconde date de la fin des années 60' et est pour l'essentiel due à Alain Tourraine.

Dans les deux cas, le concept de mobilisation sociale éloigne l'analyse de la notion de contradiction lorsqu'une certaine pensée marxiste ne voulait pas voir dans une éventuelle action sociale que des réponses aux contradictions du système capitaliste.

Selon A. Tourraine, en parlant de mobilisation sociale, on parle d'une certaine capacité des acteurs à reconnaître les fins de leur action et à se doter des moyens pour tenter d'y parvenir (mobilisation des ressources). Il considère que «l'action fait sens». Bref, on se refuse à réduire les conduites sociales à être des conséquences du jeu d'un système plus ou moins contradictoire.

Historiquement, le concept de mouvement social a été élaboré dans une conjoncture bien précise: celle du déclin du mouvement ouvrier, comme mobilisation sociale, et de l'émergence d'acteurs nouveaux, de luttes aux significations inédites ou renouvelées, qui pouvaient préfigurer l'entrée dans une ère nouvelle et amorcer le changement par la naissance de nouveaux mouvements sociaux.

1.2 Deux types de changements sociaux:

⇒ 1.2.1 La question sociale

A l'ère industrielle, la question sociale centrale était celle de la domination des travailleurs puis des rapports sociaux où ils étaient exploités, opprimés mais aussi privés de la maîtrise de leur travail et du contrôle social du fruit de leurs efforts, non reconnus pour leur apport social. La sortie de l'ère industrielle, en même temps que la globalisation de l'économie, ont non seulement liquidé, au moins en grande partie, des expressions classiques de la question sociale mais en ont aussi généré de nouvelles.

Pour beaucoup de personnes, y compris les sociétés les plus aisées et les plus puissantes, l'exploitation a cédé à l'exclusion, l'oppression au rejet. Les laissés pour compte du changement ne sont plus utiles à rien, ils sont «jetables». Ils n'ont pas de place dans l'économie mondiale. Ceux qui avaient un emploi stable le perdent et retrouvent souvent des emplois précaires, plus ou moins désaffiliés, rejetés en dehors de la société. Les inégalités s'accroissent, les disparités sociales se creusent laissant la place à d'autres drames tels que le stress, la dépression, les troubles de la personnalité indissociables du «culte de la performance» (A. Ehunberg). Qu'il s'agisse d'exclusion ou de participation subordonnée à l'emploi, les frustrations et les inquiétudes façonnent un nouveau champ de problème et développent de nouvelles formes culturelles.

⇒ 1.2.2 La question culturelle:

Pour bien comprendre l'importance de la mobilisation dans les changements sociaux il faut intégrer à l'analyse 3 registres culturels bien distincts:

a) Les transformations ayant affectés l'idée de Nation:

Chez l'historien Eric Hobsbanen, l'époque des Nations est dernière nous. Cette idée se retrouve dans la plupart des critiques de la globalisation. A laquelle il est reproché d'affaiblir les Etats Nationaux et contribuer à la fragmentation culturelle qui décompose les identités nationales. Dans certains cas, l'idée de Nation combine à la fois face d'ouverture (associée à des termes progressistes) et une face sombre (sous ensembles régionaux remettant en cause l'identité nationale dominante). Dans d'autres cas, l'idée de Nation s'est renforcée, comme c'est le cas en Asie ces trente dernières années.

b) La poussée de l'individualisme moderne:

□ D'une part, l'individualisme moderne implique des demandes individuelles de participation à la vie collective, d'accès à l'argent, à l'emploi, à l'éducation, à la santé,...

□ D'autre part, il repose sur l'affirmation d'une subjectivité personnelle dans laquelle chacun veut produire son existence, se dégager des noms ou des rôles qui lui sont imposés. Il faut donc se réaliser, maîtriser sa propre vie, conduire sa trajectoire. Le sujet moderne a soif de liberté.

c) La poussée des particularismes:

Souvent extrêmement diversifiés, ils sont au cœur des mouvements sociaux «virtuels». Le premier particularisme est d'ordre historique et pose la question du culturel et du social. Après le premier choc pétrolier, la croissance et la confiance dans la science et le progrès ont laissé brutalement place à des mouvements contestataires et à une forte affirmation identitaire. Cette nouvelle dimension sociale peut correspondre dans certains cas à une contestation d'acteurs opprimés (ou exclus) et dans d'autres cas à une domination (critique multi culturaliste) qui consiste à y voir l'idéologie des riches et des nantis qui entendent combiner

puissance sociale, économique et choix identitaire.

La second particularisme distingue des domaines où la montée des identités s'exercent (éthique, santé, genre, région, religion, déficience physique, mentale, ...) et s'efforce de formuler une question sociologique: Sous quelle condition une identité collective, une différence, est-elle susceptible de se mobiliser pour atteindre ses fins?

Cette approche fait des identités en question le lien possible du réenchantement de la vie collective. Forme contemporaine du mal et du malheur, ces identités sont susceptibles de constituer des mouvements comme des anti-mouvements sociaux.

QUE RETENIR DE LA MOBILISATION DANS CET ESPACE THEORIQUE?

Nous avons vu que la mobilisation sociale est fortement conditionnée par les perceptions sociales et culturelles des personnes ou des groupes de personnes constituant une société.

Des lors qu'une société exclue, disqualifie socialement et produit un renforcement des inégalités, des mouvements sociaux prennent forme et s'articulent autour de demandes de reconnaissance, d'attente de participation individuelle ou collective plus juste, plus égalitaire à la vie moderne.

Il s'agit d'une réaction culturelle mécanique de revendications qui se transforme en demande sociale pour se rapprocher d'autres acteurs opprimés ou exclus socialement. Lorsque les revendications sont associées et organisées, le mouvement, construit socialement, peut trouver sa légitimité naturelle pour influencer les rapports de domination et apporter une réponse aux besoins spécifiques qui retiennent les acteurs (santé, emploi, inégalités,...).

Nous allons voir maintenant quelles sont les approches théoriques de

terrain lorsque l'on cherche à organiser une action de mobilisation autour d'un projet de développement social.

2. APPROCHE THÉORIQUE DE MOBILISATION POUR LE TRAVAILLEUR DE TERRAIN:

2.1 La mobilisation promeut le changement social:

L'animation sociale (promotion de la participation communautaire) mobilise et organise une communauté. Cela veut dire que l'organisation sociale change, bien que légèrement, donc l'animateur est un «catalyseur» du changement social.

2.2 Un travailleur social doit connaître la société:

Il est dangereux de jouer avec le changement de quelque chose que l'on ne connaît pas. La responsabilité du travailleur consiste donc à apprendre les sciences de l'anthropologie et de la sociologie.

2.3 Avoir en tête les éléments essentiels de la société:

Le plus important est de percevoir les interconnexions entre dimensions culturelles comprises dans une communauté qui n'est pas une collection de personnes individuelles mais un amalgame changeant de relations, attitudes et comportement de ses membres.

2.4 Apprendre la culture:

La culture comprend le comportement mais pas les choses déterminées génétiquement. Elle est transmise à travers les symboles. La culture est dynamique. La mobilisation entraîne un changement social qui passe par l'apprentissage des nouvelles idées et des comportements.

2.5 La culture s'étend jusqu'aux être humains:

Pendant la mobilisation et l'organisation, l'animateur doit toujours

être capable de se séparer de ce qui arrive à l'ensemble de la communauté et de ce qui arrive aux individus en particulier.

2.6 Une communauté (ou collectif) est un système supra organique:

Pour promouvoir la participation collective et le développement, le travailleur uni des factions, stimule la tolérance et l'esprit d'équipe et obtient des décisions consensuelles. La base théorique sur laquelle le travailleur peut se reposer (système culturel, social) lui permet d'appliquer ses connaissances comme un ingénieur doit savoir comment fonctionne un moteur, le «médiateur» communautaire doit savoir comment agir une communauté.

2.7. Identifier les dimensions de la culture:

Technologique: Capital, outils de connaissance, façon de mettre en relation avec son environnement physique, connexion entre humanité et nature.

Economique: Différentes formes de et moyens de production et d'attribution des biens et des services utiles et rares (richesses), biens à travers des cadeaux, obligations, trocs, commerce et attribution de propriétés.

Politique: Différentes formes de moyens d'attribuer le pouvoir et la prise de décision. Ce n'est pas pareil que l'idéologie (dimension des valeurs). Comprend les genres de gouvernement et les systèmes de gestion et la façon dont les petits groupes de personnes prennent des décisions sans leader reconnu.

Institutionnelle: Formée pour la façon dont les gens agissent, leurs relations avec les autres et comment ils espèrent que les autres agissent et aient leurs relations. Comprend des institutions comme le mariage ou traite de rôles comme mère ou officier de police, des statuts ou classe, et autres modèles de comportements humains (niveau des relations sociales).

Esthétique: structure d'idées souvent paradoxales, inconsistantes ou contradictoires qu'ont les gens sur ce qui est bien ou mal, ou beau et laid, qui sont les justifications que chaque personne utilise afin d'expliquer ces arguments.

2.8 Dimension conceptuelle des croyances et des cultures:

Structure d'idées, quelquefois contradictoires, que les gens ont sur la nature de l'univers, du monde qui les entoure, de leur rôle dans celui-ci, ses causes et ses effets, la nature du temps...

2.9 La mobilisation (mise en interconnexion) a un usage pratique:

Pour le travailleur social, ou pour tout Homme engagé avec les activités de développement, la partie la plus importante est la diversité d'interconnexion entre les dimensions culturelles. Elles peuvent être en relation de manière fortuite ou fonctionnelle. Par exemple, dans le cas de la technologie, autant les outils que la connaissance nécessaires pour les utiliser fait partie de la culture au même niveau que les croyances, les danses ou les façons d'attribuer la richesse.

Faire des changements dans n'importe laquelle des dimensions a des répercussions sur autres. Introduire une nouvelle méthode d'obtention d'eau (par exemple) demande l'introduction de nouvelles institutions pour maintenir des systèmes d'eau. Apprendre toute nouvelle façon de faire les choses demande l'apprentissage d'autres valeurs et d'autres perceptions. Ignorer ces relations lorsque l'on prône le transfert des technologies est risqué car il peut se produire des résultats inattendus et non désirés.

2.10 L'interconnexion touche le changement social:

Changer quelque chose dans n'importe quelle dimension culturelle ne demande pas seulement des changements dans d'autres dimensions mais propose des changements dans ces dimensions. Il

est donc important de faire des évaluations d'impact social dans tous les projets.

2.11 Les connexions entre les dimensions culturelles ne pas simples à pré-définir:

Le travailleur social doit être conscient du fait que les connexions existent entre ces dimensions et doit continuellement stimuler son sens de l'observation, de l'analyse, de l'échange d'idée et de la manière de le faire, de la lecture et doit assister ou participer aux conférences ou séminaires traitant des problématiques d'intervention sociale. En travaillant avec une communauté (ou collectif), le travailleur social doit aller en apprenant chaque fois plus sur la dynamique de ses dimensions.

3 EXPERIENCES PRATIQUES DE MOBILISATION SOCIALE:

3.1 Projet de mobilisation communautaire en pays Inuk (Hudson bay-Canada):

La communauté Inuit lutte depuis deux siècles pour se protéger des mouvements colonisateurs de pays étrangers (USA, France, Canada par exemple) qui cherchent à exploiter le potentiel des richesses naturelles de leur territoire (gaz, mercure, animaux, minerais, ...). Cette lutte est organisée historiquement et sociologiquement selon des schémas culturels spécifiques à la culture autochtone Inuk. Les premiers combats politiques et sociaux se sont tournés vers la logique marchande importées par les comptoirs d'échanges économiques étrangers (échange de tannerie contre des fusils et des munitions).

Aujourd'hui, le territoire Inuk se bat pour défendre l'autonomie de son territoire, l'enjeu n'est plus seulement économique, il s'est complexifié par l'intégration des revendications politiques, culturelles, sociales et juridiques. Il est aujourd'hui naturel de voir siéger au parlement canadien des représentants

politiques inuits et indiens défendre les droits des minorités autochtones.

3.2 Organisation de la mobilisation communautaire:

Culturellement, les Inuits sont de chasseurs-cueilleurs nomades. Leur croyance est fortement liée aux symboliques de la terre (faune, flore) et spatiales (cosmos). Géographiquement, le territoire Inuk est très proche des provinces canadiennes avec qui elle entretient des projets de développement dans des domaines qui touchent toute la vie sociale (éducation, santé, économie, techniques de production et d'exploitation, services,...). Il y a donc une interconnexion entre deux formes d'organisations sociologiques qui se traduit paradoxalement par des actions de coopération et de domination. La question centrale est: comment protéger la culture et l'identité inuit dans une phase de transition entre la tradition et la modernité?

La réponse se trouve globalement dans la capacité de la population à organiser un mouvement politique «auto-géré» qui existe actuellement sous la forme d'une fédération des coopératives du Nouveau Québec (FCQN). Cette organisation repose sur un modèle de «démocratie» non pas occidental mais, au contraire, propre à leur mode politique. Cela signifie que les responsables politiques sont aussi et surtout garants de la philosophie, de la croyance, de l'histoire et des valeurs spirituelles de leur peuple. Contrairement aux pays occidentalisés, même si le système de vote est entré en vigueur, la légitimité des responsables repose sur le niveau de respectabilité sociale plutôt que sur leur capacité opératoire à convaincre. Il y a un transfert du «shamanisme», un transfert de la tradition dans un système d'organisation politique moderne. Le développement de la société Inuit repose donc sur un mode anthropologique spécifique qu'il convient de comprendre et de respecter avant d'entamer toute forme de projet. L'autogestion est actuellement le mode opératoire le plus pertinent et le plus

protecteur pour défendre les intérêts du territoire et assurer la cohésion populaire.

a) Stratégie de mobilisation dans un projet d'action socio-économique:

Le système Inuit pour valider des projets de société est spécifique et unique. On ne peut pas déroger à la règle sous peine de voir son projet définitivement invalidé. Il faut donc bien identifier les acteurs et le système de décision, ne pas hésiter à présenter son projet en respectant les protocoles établis par la FCQN. Pour l'anecdote, l'ancien leader du mouvement autonome inuk, pour avoir été influencé par un intervenant étranger et ne pas avoir respecté les codes socio-politiques, est aujourd'hui simple jardinier à Montréal. L'intervenant, quand à lui n'est plus désiré quelque soit la nature de sa visite.

La stratégie principale repose sur la capacité du porteur du projet à évaluer, mettre en avant les enjeux, les limites et les contraintes d'une action, repose surtout sur le respect des règles du jeu social. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'insérer un système de paiement par carte bancaire dans les épiceries locales, il ne suffit pas de mettre en avant des arguments économiques. Il faut traduire ce transfert de technologie par des arguments sociaux forts (suivi individuel des dépenses par la coopérative, diminution des vols de caisse par exemple) et par des arguments culturels (l'argent a remplacé le troc et l'acceptation du paiement par carte est une transition inévitable si l'on veut rapprocher le niveau de développement économique Inuit de celui du reste du monde moderne). En fait, il s'agit que cette concession, même si elle modifie les comportements de la population, soit possible techniquement, apporte une simplification en terme de suivi de la consommation et puisse favoriser une diminution importante de la violence. En effet, avec l'introduction de la monnaie et de l'alcool, du salaire et de la consommation, la population est fortement perturbée identitairement. Du fait du niveau d'interaction élevé avec les pays industrialisés (notamment le Canada et les

USA), les Inuks reste très prudents sur l'évolution de leur communauté.

b) L'action de mobilisation communautaire:

La FCQN reste très prudente sur l'intervention de personnes ou de projets étrangers dans la vie Inuk. Cependant, pour des raisons pratiques (techniques et administratives), la structure est décentralisée sur Montréal, son Directeur est un Canadien de culture anglo-saxonne et de nombreux responsables sont québécois. Cette situation a l'avantage de rapprocher et de confronter les logiques de développement prises dans la Hudson Bay et d'agir comme un filtre avant toute prise de décision.

Si l'on reprend le projet de carte bancaire, il faut d'abord passer par la FCQN de Montréal qui évalue l'intérêt de la démarche et le transmet (ou non) aux dirigeants de Hudson Bay qui organise des rencontres formelles regroupant tout les représentants politiques des villages qui constituent le territoire. Cette confrontation est très importante puisqu'elle donne lieu au débat, à l'échange de représentation, bref à toutes les formes de réactions possibles lorsque quelque chose de nouveau vient perturber des habitudes de comportements difficiles à maîtriser (notamment par l'influence négative de la télévision par satellite sur le phénomène identitaire). Qu'importe le temps de la réflexion, une fois la décision prise les dirigeants chargent la FCQN de mettre en place un dispositif de mise en place du dispositif. Le niveau d'exigence est très élevé et la validation du projet ne sera acquise qu'au terme de nombreuses rencontres, jusqu'à ce que la finalité (le sens) et les modalités (organisation, formation) soient complètement assimilées et comprises. Dans tous les cas, le projet ne s'installe „que” dans les villages où il est désiré. C'est le contraire des lois qui imposent à l'ensemble de la société une décision sanctionnée par la majorité du vote.

L'action de mobilisation communautaire repose donc plus sur notre

capacité à convaincre les représentants politiques et techniques plus que la population. La mobilisation se fait donc en amont car la population, dans sa majorité, accorde une pleine confiance dans ses représentants. La responsabilité de mobilisation ou de conscientisation collective du projet dépend du politique et non du technicien (porteur du projet). L'action est ici verticale et externe (amont vers l'aval, représentant/population). La partie horizontale et interne est du ressort du porteur du projet car il doit convaincre la FCQN qui à son tour doit convaincre les politiques locaux. Nous allons voir dans l'autre exemple que ce n'est pas toujours le cas.

3.2 Projet de mobilisation communautaire en Haïti (Port au Prince):

La population Haïtienne est mondialement connue pour avoir été la première communauté d'origine africaine à adopter une république constitutionnelle mais, paradoxalement, elle est surtout identifiée comme étant actuellement un des pays les plus pauvres du monde (1\$ par jour/personne en revenu moyen). Depuis une dizaine d'années, la population Haïtienne sort progressivement, mais non sans mal, d'un régime dictatorial entretenu par le Président Duvalier et son successeur naturellement imposé «baby doc» (son fils). La succession à ce système s'est effectuée sous l'influence des appareils internationaux en mettant en avant sur la scène politique un pasteur très populaire issu des quartiers les plus pauvres se nommant «Aristide». Cet ancien président est depuis 2004 en exil sous la pression de groupes politiques marginaux qui ont pris le pouvoir. Haïti est donc historiquement instable et toute action de mobilisation communautaire «durable» dans ce pays est fortement aléatoire, mais possible...

A) Organisation de la mobilisation Communautaire:

Historiquement, la population Haïtienne a toujours subi des rapports de domination extrêmement forts et longtemps douloureux (esclavage,

dictature). Culturellement, on retrouve des influences provenant des racines africaines, la permanence du «vaudou» en est la manifestation la plus significative. La population entretient une culture du «caché» du mystérieux et leurs croyances, quoi qu'on en pense, sont intégrées dans des formes institutionnelles tel que le système chrétien. Par exemple, on utilise des noms de Saints chrétiens pour dénommer des étoiles car, au temps de l'esclavage, les propriétaires avaient interdits toute forme de reproduction des rituels culturels (rapport aux divinités cosmiques) et avaient imposés la religion chrétienne. Les esclaves ont tout simplement adopté une stratégie de contournement de la norme imposée. Dans ces conditions, on peut considérer que toute forme de mobilisation communautaire devient difficile pour une personne occidentale tant la culture haïtienne est conditionnée à l'évitement et au contournement de ces valeurs. En effet, comment savoir si ce que l'on se représente comme «bien» est perçu comme «bien»? Dans ce contexte, la différence culturelle, le rapport à l'altérité repose sur une phase primaire que l'on peut qualifier de doute. Afin d'ôter ce doute, et pour mobiliser la population, il convient de travailler fortement sur la notion de confiance, d'établir des relations suffisamment solides pour gagner l'estime et le respect des futurs bénéficiaires du projet. La question centrale est: comment sensibiliser la population sur la nécessité de participer à un projet dont ils ne sont pas à l'origine et qui provient de l'étranger?

La réponse se trouve dans la capacité des interlocuteurs à pénétrer dans les milieux défavorisés, dans leur capacité d'identifier clairement les enjeux et d'intervenir auprès de responsables de zone: les notables. En effet, la population ne fait pas confiance aux grands hommes politiques (autoritaires, corrompus et démagogiques). Par contre, les quartiers défavorisés sont organisés de manière à ce que ces habitants délèguent leur confiance à des personnes influentes sur leur secteur. Le niveau d'influence est souvent lié au pouvoir économique, religieux, politique

et cognitif de ces représentants. On peut souligner que ces personnes ont une forte connaissance historique de leur pays et de leur quartier. Cet élément est très important si l'on veut comprendre les valeurs qui sont défendues sur le territoire car elles peuvent servir de support à l'argumentation de projet. Un quartier est une identité sociale et politique forte. Par conséquent, le travail de mobilisation s'effectuera en aval de la société (sur le terrain) car c'est à cet endroit qu'elle semble s'organiser le mieux et être la plus pertinente.

B) Stratégie de mobilisation communautaire dans un projet de développement global:

Développer un projet d'adduction potable dans les bidonvilles demande un travail considérable d'identification des enjeux (politique, sociaux, culturels, techniques, économiques) et des contraintes, nombreuses, liées à ce genre de pratique.

Fondamentalement, lorsqu'un Etat se sent incapable et ne fait pas confiance pour assurer sa mission de service public dans les milieux défavorisés et que la population ne souhaite pas se mettre en relation avec celui-ci, on peut considérer que le projet n'est pas faisable sauf si l'on trouve un intermédiaire «neutre» capable d'installer un processus relationnel fiable entre les deux parties. C'est ce que l'on appelle «la médiation communautaire». Derrière le projet d'adduction d'eau se dessine un projet ambitieux dont la finalité est de rétablir des relations de confiance société civile/Etat.

L'ONG Française du GRET (groupe de recherche et d'échange technologique) s'est manifesté pour assurer ce rôle difficile car elle est constituée de nombreux animateurs repérés dans des associations locales pour leur capacité à rendre compte de la réalité et transmettre des messages forts à la population. En agissant par des actions de communication régulières dans les associations et les groupes sociaux des

quartiers, le GRET faisait le premier pas dans sa démarche de mobilisation.

La stratégie est simple, les animateurs sensibilisent les leaders de quartier sur la nécessité d'avoir de l'eau potable (hygiène communautaire) et sur les possibilités de rémunérer l'Etat pour ce service et d'un autre côté, le responsable du GRET, un français, négociait avec la CAMEP (service d'eau de l'Etat haïtien) pour les convaincre que le projet présentait des avantages politiques et sociaux considérables. Bref, d'un côté on agit sur la santé et l'économie et de l'autre sur la politique et le social. A l'issue des négociations le GRET a pu communiquer aux partenaires institutionnels étrangers la faisabilité du projet car elle avait des garanties objectives et contractualisées entre l'Etat et la population (action rare et très délicate à mettre en place).

Convaincus par les critères de faisabilité, l'Union Européenne a déclenché des fonds pour une phase pilote qui est aujourd'hui étendue à un nombre important de zones défavorisées et continue à rester autonome malgré le contexte instable actuel.

c) L'action de mobilisation communautaire

Sur le plan technique, il est très difficile de formaliser l'ingénierie d'action sociale mise en place par le GRET pour la simple et bonne raison que la transmission des savoirs et des savoirs faire se fait de manière orale. Les animateurs eux-mêmes éprouvent des difficultés à rationaliser leurs actions de mobilisation. Fort heureusement, un travail de capitalisation a été effectué et on peut distinguer des phases qui se combinent. Ces phases peuvent être rétroactives selon le niveau d'acceptation de la population aux messages émis par les animateurs mais aussi parce qu'un événement imprévu a bouleversé les actions mises en place. Dans ce cadre, tout travail de planification linéaire est à proscrire.

Il vaut mieux être large et patient et considérer que le développement agit par effets circulaires.

Globalement et schématiquement ces phases sont:

- identification et de organisation sociales de zones (enquêtes informelles)
- identification des leaders et sensibilisation au projet (analyse sociologique)
- regroupement des leaders et création d'un comité (consensus)
- évaluation des besoins, analyse des enjeux d'opinion et de perception (évaluation)
- compte rendu du climat social et choix de modes opératoires adaptés (messages)
- élection de représentant des zones et signature de conventions (engagement)
- rencontre avec l'Etat et les représentants des comités (comité de pilotage)
- Analyse et interprétation des ressentis pour aider à la prise de décision
- Accompagnement local dans les démarches administratives et techniques
- Formation des acteurs du projet dans les zones (responsable, employés,...)
- Médiation et contrôle des conflits (régulation)

Il faut noter que derrière ces mots ou ses phases, qui nous semblent familières, un nombre important d'outils informels ont été utilisés. Ces outils s'apprennent sur le terrain et font souvent appel au «bon sens» et au «bricolage». L'important est de ne pas perdre de vue que le projet doit devenir une appropriation de la population et que toutes les actions mises en place sont fondées sur la base de la coopération et du service plutôt que de l'obligation.

Mobiliser, c'est manipuler pour conscientiser. Manipuler, c'est informer et transformer. Historiquement, dans la logique du changement social, certains dictateurs ou grands hommes politiques ont parfaitement compris que la mobilisation passait par la manipulation

(propagande, organisation structurelle, censure, ...). Dans le cadre d'actions sociales, il s'agit de petites manipulations à l'usage des honnêtes gens qui ont compris que le sens ne s'imposait pas mais qu'il était une construction avec, par et pour les bénéficiaires. L'association ne doit pas s'ingérer mais plutôt accompagner, encadrer, encourager, rassurer, coordonner, informer, diffuser, temporiser, modérer.

On peut retenir que ce type d'intervention n'est possible que dans un cadre sociologique spécifique. En l'absence de communication entre un Etat et la population, une marge importante de liberté existe auprès des associations pour tenter de créer du lien social. Ce qui s'est fait en Haïti peut difficilement se reproduire en France par exemple. En effet, pour des enjeux tels que l'eau, la société française dispose de dispositifs institutionnels et juridiques suffisants pour apporter des réponses concrètes à la population. Les associations servent de relais pour la médiation mais n'ont pas un rôle de mobilisation aussi important qu'en Haïti puisque les enjeux de société sont de moindre importance.

En effet, en France on ne meurt pas de boire de l'eau et la majorité des français ont l'eau courante, potable et gaspillable...

C'est la raison pour laquelle le slogan de mobilisation du GRET dans les bidonvilles était le suivant: «D'lo ce la vi, c'e zafè tot moun» (l'eau c'est la vie, c'est l'affaire de tout le monde). Message difficile à transmettre du fait que, globalement, la population n'avait pas conscience que la majorité des maladies mortelles étaient transmises par l'absorption d'eau polluée par les fatras et autres déchets.

Par conséquent, mobiliser, c'est aussi «éduquer» (dans le sens comprendre)!

Dans la logique d'intervention, le GRET se situe à l'intermédiaire de l'amont (Etat) et de l'aval (population

défavorisée). Les seules relations horizontales ont concerné des séances de formation auprès d'autres ONG (MSF, MDM,...) ou d'autres organes partenaires d'actions périphériques au projet (UNESCO par exemple pour la valorisation de création de nouveaux espaces urbains).

CONCLUSION:

Les Hommes ont toujours su se mobiliser et s'organiser pour atteindre des objectifs qu'ils ne pouvaient pas atteindre individuellement. Toutes les sociétés sont construites sur des modes de mobilisation et d'organisation qui lui sont propres et qui apportent des réponses aux sens collectifs qu'elle veut produire. Il est donc difficile de construire des églises catholiques dans des pays islamiques et inversement.

Nous avons évoqué que toutes les sociétés ne se ressemblent pas et qu'elles traversent des rapports de force, de domination et de soumission, qui se traduisent par des amplitudes, des dynamiques et des rythmes différents selon leur place dans l'histoire. (civilisation grecque par ex).

Ces interconnexions produisent des alliances et des conflits qui régulent le monde de façon non statique et non linéaire.

Lorsque l'on aborde le concept de mobilisation dans le domaine social, on doit s'intéresser autant au phénomène (théorie et pratiques) qu'aux effets que celui-ci produit dans la société. La mobilisation crée du changement et se doit d'aller dans un sens positif pour la société. Malheureusement, la perception des valeurs (bien/mal) varie inégalement selon les groupes sociaux et il devient très difficile d'identifier clairement le sens de certaines revendications issues de ces valeurs car elles s'opposent ou ne font pas «sens» avec le sens commun d'une société.

Par exemple, les campagnes de sensibilisation anglo-saxonnes sur les

accidents de la route sont trop brutales pour la culture française qui est plus réceptive à la morale. C'est un problème de modalités, du choix des outils d'intervention.

Autre exemples, les pensées fascistes et néo-fascistes sont perçues comme dangereuses pour la société. Toute mobilisation fasciste en France crée systématiquement des mouvements sociaux de contre mobilisation parce que la société a organisé la transmission de l'histoire dans le système éducatif, dans les médias, dans les institutions mais aussi parce que la mémoire collective se transmet de génération en génération.

Par conséquent, la mobilisation sociale doit être «manipulée» par les travailleurs sociaux de manière à trouver sa place (reconnaissance) dans les projets de société. Il s'agit de faire valoir la légitimité et la pertinence des actions autant auprès des institutions tout que de la population. Cela demande de prouver qu'un nombre suffisant d'acteurs dans la société sont légitimes car ils suivent et adhèrent fortement au projet (exemples les campagnes d'actions sur le cancer, le SIDA).

Enfin, nous insisterons sur la dimension culturelle. Soyons attentifs aux enjeux et aux impacts d'un projet, soyons attentifs aux transformations que cela entraîne sur les personnes bénéficiaires. Cette attention particulière repose sur des techniques (formelles, informelles), sur la maîtrise et la connaissance de l'environnement dans le quel le projet prend forme. La mobilisation n'est pas un acte d'un seul Homme, Elle est le résultat d'un ensemble de personnes différentes qui adhèrent consensuellement et démocratiquement à l'éthique et à la logique d'intervention du projet. La logique d'intervention sociale ne doit pas aboutir au corporatisme mais à la mutualisation de la participation. C'est ce que l'on nomme la complémentarité, la synergie, la citoyenneté participative par exemple.