

## Editorial

L'Agence Régionale de Santé a inscrit la réduction des inégalités sociales de santé comme principe fort de son action en Ile-de-France. Le diagnostic effectué sur la région montre que l'état de santé de la population est plutôt bon, conforme à la moyenne nationale, mais cette vision globale ne doit pas laisser de côté les disparités sociales et territoriales particulièrement importantes dans notre région. Il s'agit là d'un véritable enjeu auquel l'ARS ne pourra répondre seule.

La promotion de la santé et l'éducation pour la santé se situent à l'interface du sanitaire et du social. Nombre des déterminants de santé relèvent en effet du social : la pauvreté économique, le logement, le cadre de vie, les conditions de travail... mobilisent autant d'acteurs différents avec lesquels il est impératif d'engager des partenariats.

Mais il faut aussi s'appuyer sur les acteurs de proximité. Les collectivités locales avec lesquelles l'ARS est en train de signer des contrats locaux de santé et le secteur associatif dont le savoir faire auprès des populations concernées est incontournable.

Le Schéma Régional de Prévention que nous préparons pour les 5 années à venir permettra d'accentuer nos actions vers les personnes les plus vulnérables, les plus précaires. Les acteurs locaux sont indispensables pour déployer cette politique et en particulier sur les territoires les moins bien pourvus.

Nous savons que ce n'est pas facile. Plus les personnes sont en difficultés, moins elles sont accessibles à nos actions de prévention. Nous devons être attentifs au fait que certaines actions peuvent creuser les inégalités au lieu de les réduire. La santé dite « communautaire », au sens de nos collègues québécois, la citoyenneté sont sans doute des approches plus respectueuses, ne plus faire « pour » mais « avec ». Nous avons besoin de données probantes, d'évaluation pour mieux savoir ce qui marche ou ne marche pas, d'approfondir nos connaissances.

C'est en cela que l'ARS est partie prenante du PRCEPS. Il reste encore beaucoup d'expériences à partager, d'actions à inventer, de questions à se poser sur nos pratiques, sur les méthodes aptes à mobiliser ces publics autour de la santé, mais prise dans son acception la plus large, celle qui inscrit une personne dans une société donnée.



**Laurent CHAMBAUD**  
Directeur de la Santé Publique  
ARS d'Ile-de-France

**Mobiliser les publics en difficulté : un véritable enjeu pour les professionnels**

## Sommaire :

**P. 1 :** Editorial

**P. 2 :** Formation « Observation de la santé et des inégalités de santé »

**P. 3 :** Mobiliser les personnes migrantes vieillissantes en foyer : des stratégies à élaborer pour dépasser les difficultés

**P. 5 :** Mobilisation des publics en situation de précarité : une rencontre d'échanges de pratiques dans les Yvelines

**P. 6 :** Pour une culture de prévention au cœur des structures d'insertion

**P. 8 :** Travailler avec les publics précaires

**P. 9 :** A vos agendas : deux formations à la démarche communautaire

**P. 10 :** Quelques références bibliographiques

### Formation « Observation de la santé et des inégalités de santé »

**Avant de mettre en place un projet d'éducation pour la santé, promotion de la santé, le porteur doit interroger la pertinence de son constat, observation ou parfois intuition. En identifiant ses besoins pour définir la démarche d'observation la plus adaptée à son projet, le promoteur se donne les moyens de mettre en place, par la suite, une action cohérente et en adéquation avec les attentes et besoins de la population sur un territoire donné (à l'échelle d'une structure, d'un quartier, d'une ville ...)**

Dans le cadre du PRC 2011, financé par l'INPES et l'ARS, l'IREPS Ile-de-France a mis en place une nouvelle formation à destination de l'ensemble des promoteurs de projets-santé : L'Observation de la santé et des inégalités de santé.

L'observation en santé peut se définir comme l'utilisation de méthodes et outils adaptés pour fournir une image globale ou thématique, à un moment donné, sur un territoire donné, de l'état de santé de populations.

L'observation s'intéresse aux déterminants connus de cet état de santé et va en particulier décrire l'impact et les conséquences sanitaires de ces déterminants sur la population.

Par ailleurs, l'observation situe ces tendances dans le contexte structurel de l'offre de soins et de services de santé.

Ainsi, l'observation de la santé fait émerger les attentes et besoins de santé de la population, des professionnels; permet d'améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire, en faisant ressortir les inégalités/inéquités de santé, et de formuler des

hypothèses sur les raisons de cette situation en fonction des connaissances établies ; aide à l'identification des priorités et des objectifs pour les politiques publiques, les divers porteurs de projets ; permet d'élaborer, construire et mettre en œuvre des projets-santé en fonction des spécificités territoriales ; aide à la mobilisation des divers acteurs sur les questions de santé : élus, professionnels, population ... et vise à améliorer la situation de santé de la population, notamment l'accès au système de santé des populations vulnérables.

Cette formation de 2 jours, réelle sensibilisation à la démarche d'observation appliquée à un projet santé en lien avec les spécificités territoriales, a permis, à l'échelle régionale, de répondre à un des enjeux principaux de l'IREPS : soutenir l'ensemble des promoteurs de projets-santé et répondre à leurs besoins.

Afin de sensibiliser, le plus concrètement possible, l'ensemble des professionnels aux enjeux et méthodes de l'observation au service de la construction, de l'animation et de l'évaluation de leurs projets, le réseau des CODES a sollicité plusieurs partenaires, professionnels dans le champ de l'observation : Observatoires départementaux (observatoire du Conseil général, Pôle de ressources villes et développement social ...), observatoires à l'échelle d'une commune : Ateliers Santé Ville par exemple.



La définition des concepts d'observation, de besoins de santé, de territoires ... ; la place du diagnostic-santé dans la méthodologie de projets ainsi que ses enjeux ; la présentation des méthodes et outils, des structures et dispositifs d'observation ainsi que l'initiation à la conception d'enquêtes sont autant de contenus qui, associés à une démarche pédagogique interactive et participative, ont permis aux professionnels présents d'être soutenus dans leurs démarches d'identification des besoins de santé de la population ciblée par leurs actions.

Afin d'illustrer au mieux le ressenti des professionnels sur cette formation, voici un recueil de leurs propos issus des questionnaires d'évaluation et des tours de table :

- ✓ « Découverte concrète de ce qui se passe au niveau local, j'ai trouvé cette formation super riche ! »
- ✓ « Les deux journées forment un tout, les concepts ainsi que la découverte des ressources sur le terrain sont complémentaires ».

- ✓ « Cette formation complète bien l'ensemble des formations proposées par le Pôle Régional de Compétences ».
- ✓ « C'est centré sur les spécificités territoriales, ça permet de connaître le réseau ».
- ✓ « De bonnes pistes de recherche, des données riches et fiables, des explications et des applications concrètes ».

L'équipe du CODES 95  
[codes@valdoise.fr](mailto:codes@valdoise.fr)



### Mobiliser les personnes migrantes vieillissantes en foyer : des stratégies à élaborer pour dépasser les difficultés

#### Une population migrante vieillissante en résidence en situation de précarité

L'augmentation des problématiques de santé liées au vieillissement des personnes migrantes vieillissantes en résidence est en lien avec la véritable transition démographique qui s'est opérée. En quelques années, le visage des foyers de travailleurs migrants a considérablement changé : aujourd'hui, plus de 50% des résidents des foyers a plus de 55 ans (contre 41% en 2001) et la tranche d'âge des plus de 71 ans est celle qui progresse le plus rapidement (1). « Ces populations cumulent souvent des facteurs de fragilité et des

conditions négatives que la vieillesse aggrave : retraites insuffisantes, éloignement de la famille nécessitant un va-et-vient fréquent se limitant forcément avec l'âge, problèmes de santé dus à l'usure ou à des maladies professionnelles, fréquence des accidents de travail peu reconnus, isolement, solitude et incompréhension, un vieillissement précoce 20 ans avant leurs congénères de la population autochtone et de la même tranche d'âge... » (2)

#### Des projets de prévention mis en œuvre

Le Comité Départemental d'Education pour la Santé essonnien porte une attention particulière à la promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale - personnes dont les difficultés

<sup>1</sup> Statistiques à l'échelle nationale se référant aux populations résidentes en foyer Adoma. Adoma, Rapport d'activité 2009

<sup>2</sup> Extrait d'une intervention de M. Majid Safouane, Psychologue, lors d'un échange de pratiques organisé par le CODES 91, le 28 janvier 2011

familiales, sociales et/ou économiques renforcent les fragilités à l'égard de leur santé.

Dans ce cadre, l'équipe de professionnelles du CODES 91 met en œuvre des projets de prévention en direction des populations migrantes vieillissantes en foyers de travailleurs migrants, tout particulièrement depuis plusieurs années en partenariat avec les résidences sociales Adoma.

### Difficultés de mobilisation

Pour Patrick Peretti-Watel, sociologue à l'Inserm "la prévention est très difficile dans les milieux précaires". Selon lui, les personnes qui ont de faibles salaires ou peu voire pas de diplômes adhèrent moins facilement aux messages de prévention que les catégories plus aisées. Des entretiens ont également mis en évidence une méfiance envers les autorités, y compris en matière de santé. "L'horizon temporel" change également. Les personnes qui se projettent à long terme n'agissent pas de la même manière que celles qui vivent au jour le jour. Les milieux populaires sont marqués par un fort ancrage dans le présent et les priorités ne sont pas la prise en compte de leur santé.

Force est de constater que les difficultés à mobiliser les personnes âgées migrantes constituent un frein majeur à l'atteinte des objectifs des projets de prévention mis en œuvre. Quelles explications apporter à ce constat ? Quelles stratégies possibles pour favoriser l'implication de ces populations dans les actions de prévention ? Comment mobiliser ces populations afin de promouvoir la préservation de leur autonomie, favoriser les liens sociaux et développer un mieux-être global ?

### Démarches pour favoriser la mobilisation

Les projets sont issus de diagnostics partagés entre professionnels et tiennent compte de l'expression des besoins ressentis par les résidents. Le travail est réalisé en multi-partenariats et l'investissement des responsables de résidence est un levier incontournable afin de favoriser la mobilisation des personnes âgées migrantes. Les populations ciblées sont sollicitées afin d'être acteurs des projets, notamment les membres des comités de résidents. Ils sont des partenaires à part entière des actions et constituent des relais indispensables afin d'assurer une communication

adaptée auprès des autres résidents. Les moyens et vecteurs de communication nécessitent en effet d'être rendus accessibles afin de dépasser des barrières comme celle de l'écrit.



Les formes d'actions ainsi que les outils pédagogiques sont réfléchis afin d'être adaptés et attractifs. Le contexte de vie - environnement, histoire, culture, conditions de vie... - de ces populations est pris en compte avec une attention portée aux spécificités propre à chaque résidence. Mais malgré ces considérations, qui devraient garantir la faisabilité et la qualité des projets, subsistent la nécessité d'interroger nos pratiques...

### Interrogeons nos pratiques et mutualisons nos expériences

La co-construction de réponses aux difficultés rencontrées par les acteurs dans leurs pratiques professionnelles constitue un des objectifs des « échanges de pratiques » régulièrement organisés par le CODES 91 dans le cadre du Pôle Régional de Compétences en Education pour la Santé et Promotion de la Santé. Ces temps de rencontres entre professionnels favorisent le partage des expériences de chacun - obstacles rencontrés, éléments facilitateurs utilisés, solutions explorées... - afin de trouver ensemble des réponses adaptées aux difficultés de mobilisation de ces populations en situation de précarité et de répondre aux problématiques du vieillissement des populations migrantes en résidence.

Vanessa DEWALLERS et l'équipe de chargées de projets  
du CODES 91 / [codes91@orange.fr](mailto:codes91@orange.fr)

### **Mobilisation des publics en situation de précarité : une rencontre d'échanges de pratiques dans les Yvelines**

Une rencontre d'échanges de pratique « **Comment mobiliser les publics en situation de précarité sur des actions de santé ?** » s'est déroulée dans les Yvelines le 29 septembre 2011 dans le cadre du Pôle Régional de Compétences en Education pour la Santé.

La mobilisation des publics en situation de précarité est un point critique dans la méthodologie de projet, une étape qui n'est souvent pas suffisamment pensée et prise en compte en amont dans l'élaboration des projets, et pourtant essentielle.

Comment associer les personnes aux actions de santé qui les concernent ? Comment leur donner envie de venir et de revenir aux rencontres organisées pour eux, mais souvent sans les consulter sur leurs priorités et préoccupations ? La participation ne se décrète pas mais elle se travaille avec les gens eux-mêmes, dans une démarche coopérative, où les regards se mêlent et les logiques se confrontent.

Pour réfléchir à cette question, le CODES 78 a invité des représentants d'ATD Quart Monde de Nancy, spécialisés sur les questions de santé, pour réfléchir avec les acteurs de terrain (médiatrice, animateurs de prévention, coordinateur d'ateliers santé ville...) à cette problématique qui touche le cœur de nos pratiques en éducation pour la santé.

A partir d'une étude de cas préparés en amont, cette rencontre a permis de définir les contours et enjeux de la mobilisation, et de faire émerger, quelques freins et leviers à cette dernière, en mutualisant les expériences.

S'il n'y a pas de recette « magique », il y a des écueils certains à éviter, et des précautions à prendre, jusque dans les aspects les plus concrets des projets. Comment communique-t-on sur les actions ? Comment choisit-t-on des créneaux horaires adaptés aux contraintes des

personnes ? Comment organiser et valoriser l'échange de savoirs ?

L'approche du mouvement ATD Quart Monde qui envisage les personnes en situation de précarité comme de réel co-citoyen, partenaire pour la réflexion et l'action, permettant une alliance entre « exclus » et « non exclus » est enrichissante pour les acteurs de la prévention, donnant sens à la démarche de santé communautaire dont le cadre de référence est la Charte d'Ottawa.

En savoir plus sur l'approche du mouvement d'ATD Quart Monde : <http://www.atd-quartmonde.fr/Reseau-Sante>

*Sabine Durand-Gasselín*  
Chargée de projets au CODES 78  
[sabine.durand-gasselín@codes78.org](mailto:sabine.durand-gasselín@codes78.org)



### **Pour une culture de prévention au cœur des structures d'insertion**

Après plusieurs années d'appui et de tâtonnement au sein des structures d'insertion et d'hébergement partenaires de notre Comité des Yvelines, les professionnels de l'A.N.P.A.A. confortent l'idée que l'on ne peut concevoir un mode d'action figé sous forme de programme déclinable à l'identique dans toutes les structures demandeuses de la région.

Pourtant, la demande ou l'attente de ces établissements vis-à-vis de notre organisme (A.N.P.A.A.) partent presque toujours des mêmes questionnements : comment réguler ou encore gérer les dysfonctionnements psycho-sociaux liés aux usages de substances psychoactives ? Comment accompagner et aider des personnes qui sont au mieux partiellement demandeuses d'une démarche d'aide ?

Les réponses à apporter se doivent dès lors d'être nuancées. Selon nous, il ne s'agit pas de laisser poindre l'idée dans l'esprit de nos partenaires que les interventions extérieures spécialisées seront porteuses de solutions concrètes ou encore « salvatrices » pour des personnes tournées vers des démarches de resocialisation ou encore d'insertion, et d'autant plus, lorsqu'elles sont touchées par les addictions depuis de longues années.

### **Aller au-delà d'un simple travail autour des connaissances**

Pendant un temps, nous allions « bille en tête » parler d'alcool et autres psychotropes, pensant que le travail autour des connaissances et des « idées reçues » était un bon tremplin aux échanges et à l'émergence de tensions insidieuses entre publics et professionnels. Souvent d'ailleurs, ces démarches étaient plutôt fédératrices, rassemblant à la fois des personnes touchées par les addictions et d'autres soucieuses de mieux comprendre ces problématiques sans être directement concernées.

Est-ce que ces dispositifs étaient appropriés, « contenant » pour les participants ? Oui et non. Pour quelques uns, ces réunions permettaient la libre expression et la possibilité d'aller jusqu'au bout de leurs

réflexions et ressentis face aux autres et face à l'institution accueillante.

Ce qui est une absolue nécessité dans certaines structures où les démarches collectives sont souvent éludées ou proscrites afin d'éviter toutes formes de promiscuité et, par conséquent, d'insécurité.



Pour d'autres, les plus fragiles, la limite entre la démarche éducative proposée et l'atelier thérapeutique, malgré les postulats et les définitions réitérés par l'intervenant, était mince. Cette ambiguïté se traduisait souvent par des prises de paroles intempestives autour de sa propre histoire de vie ou, plus encore, par des logorrhées verbales qui laissaient entrevoir des modes défensifs assez légitimes si l'on considère pleinement la complexité de certaines trajectoires individuelles et les difficultés que l'on peut avoir à donner du sens à ses propres expériences de vie.

Dans ce dernier cas de figure, l'approche « savante » de l'éducateur ou encore du clinicien au sein des structures d'hébergement et d'insertion peut avoir des effets contraires à ceux escomptés puisqu'elle prend la forme, sans chercher véritablement ou consciemment à l'atteindre, de simplifications de phénomènes psycho-sociaux complexes qui bien souvent nous dépassent tous.

Nous devons donc avancer à tâtons, en ouvrant toujours plus le champ des possibles, et en évitant de sombrer dans des interprétations spécifiques voire dogmatiques, souvent plus perturbatrices que porteuses de sens.

### **Développer une démarche de santé globale**

Par la suite, limités par les approches informatives, nous avons entrepris des démarches d'éducation pour la santé sur des thématiques plus globales, moins dérangelantes, en gardant l'idée d'atelier santé où étaient cette fois proposés des thèmes de débat aussi diversifiés que peuvent l'être les demandes du public (exemples : les besoins, les conflits, la communication, les droits, etc.).

Il s'agissait dans ce cas de proposer aux publics un rendez-vous hebdomadaire au sein de la structure d'accueil autour d'un thème annoncé par voie d'affichage ou encore par le « bouche à oreille ».

### Favoriser les échanges au sein de la structure

Ces dispositifs pensés sur la durée ont eu leur lot de réussites puisqu'ils répondaient souvent à un besoin essentiel déjà énoncé, celui pour la personne accueillie de pouvoir s'exprimer et surtout d'être entendue. Les plus belles « réussites », avouons-le, se construisaient dans des lieux où préexistaient déjà des ateliers d'échange (souvent à l'initiative d'un(e) éducateur(rice) soucieux(se) d'ouvrir un espace de parole convivial).

L'A.N.P.A.A. était alors perçue comme plus légitime puisqu'elle venait conforter une démarche déjà validée collectivement. A l'inverse, il était plus difficile pour l'A.N.P.A.A. d'être instigatrice de ce type de dispositif puisqu'elle reste pour certain, un organisme associé à des sujets pouvant être considérés comme dérangeants. Comment tolérer qu'un dispositif de communication perçu comme nécessaire par les usagers des structures, et ayant, qui plus est, pour objectif de répondre à des questions générales autour de la citoyenneté, du droit, mais aussi des questions de santé, soit initié par une association « externe », spécialisée sur des sujets certes « passionnants » mais assez « réducteurs » ?

Nos approches marchent essentiellement dans des structures où il existe déjà une certaine fluidité dans la communication entre professionnels et usagers tant au niveau des entretiens individuels que des démarches collectives (les chantiers d'insertion sont d'ailleurs un bon exemple puisqu'il n'est pas rare d'y trouver des espaces de socialisation et de communication, en complément du temps de travail).

Dans ce cadre, nous ne sommes plus perçus ou, en tout cas, moins comme étant des « interventionnistes » mais plutôt comme des « invités » légitimes parmi d'autres. Nous venons ouvrir un nouveau champ de réflexion au sein d'un atelier sur une ou plusieurs séances. Nos approches sont d'autant plus réussies lorsque l'on parvient à les assortir en amont de démarches de sensibilisations des travailleurs sociaux et des bénévoles des structures d'insertion et d'hébergement puisqu'elles

leur permettent de mieux identifier nos missions, de pouvoir les nuancer de celles des cliniciens et de percevoir en même temps la complémentarité des deux approches.



Ces sensibilisations sont aussi un moyen d'accompagner les travailleurs sociaux à mieux percevoir quels sont les rôles qu'ils peuvent jouer, en amont de l'offre de prévention et de soin. Ceux-ci sont d'ailleurs souvent les premiers interlocuteurs des personnes concernées par les addictions et ce n'est pas rien que de rappeler à quel point certains professionnels peuvent être mal à l'aise face aux dépendances, d'où souvent l'absence de démarches de rassemblement des usagers liées à une peur de mal faire ou que l'action soit génératrice de conflits « indépassables ».

Nous constatons donc que nos partenaires ont besoin d'être accompagnés, sinon confortés, dans leurs projets, que les dispositifs d'échange autour des questions de santé ne peuvent véritablement fonctionner que s'ils viennent s'ajouter à des questionnements autres mais tout aussi essentiels au sein de dispositifs préexistants, fondés à l'intérieur même des structures d'accompagnement.

Dans cette perspective, l'A.N.P.A.A. ne se veut pas « attentiste », nous l'avons vu. L'A.N.P.A.A. peut s'impliquer pleinement dans les démarches de sensibilisations et d'accompagnement méthodologique des personnels en vue de mieux asseoir ses futures actions dédiées, cette fois, aux publics accueillis.

Laurent DOUCHET  
A.N.P.A.A.- Comité des Yvelines  
[comite78@anpa.asso.fr](mailto:comite78@anpa.asso.fr)

### Travailler avec les publics précaires

Précarité et consommations de substances psychoactives apparaissent de plus en plus résolument liées, dans leurs causalités comme dans leurs conséquences réciproques. Si les usages de produits psychotropes ne sont le propre d'aucune classe sociale, la détérioration des conditions de vie conséquemment aux usages excessifs se radicalise chez les personnes issues de milieux défavorisés ou de minorités ethniques, chez les femmes seules, les jeunes désocialisés, les personnes incarcérées...

Les usages de substances psychoactives pour les personnes en situation d'errance peuvent tout autant constituer le moteur de l'exclusion (ils sont un facteur critique dans la perte de domicile) ou en être une des conséquences, représenter un facteur d'adaptation (supporter la précarité) ou au contraire un facteur de vulnérabilité (précipiter et se maintenir dans la précarité)

Les toxicomanes en situation de précarité partagent les problèmes d'accès aux soins des autres personnes précaires: sentiment de ne pas être légitimes, méconnaissance de leurs droits (fantasme de perte de tout droit), fatalité de la galère au quotidien, déficit de considération pour leur corps et de leur vie, difficulté à se conformer à l'exigence des démarches que suppose tout engagement dans le soin... Ils se tiennent souvent à distance des institutions spécialisées ou non spécialisées, supposées manquer de considération et d'écoute, trop enfermantes ou au contraire insuffisamment protectrices.

Travailler à la réinscription sociale et aux soins des publics toxicomanes en situation de grande précarité suppose d'infléchir avec eux le cours de leur destinée, malgré toutes les forces qui tirent à l'inverse. Ceci oblige à adapter l'offre aux besoins premiers et aux potentialités actuelles de ces publics : accueils bas seuil, mesures de prévention des risques et réduction des dommages, suivis sociaux soutenus, traitements adaptés, aides psychologiques ajustées, le tout inscrit dans des dispositifs accessibles. Ainsi s'est fondé le développement des dispositifs de réduction des risques

depuis les années 80. Mais au-delà de la création de services spécifiques, l'enjeu est d'adapter la plupart des pratiques sanitaires et sociales afin de les rendre efficaces et accessibles à ceux là même qui n'en demandent et n'en attendent rien ou peu de choses.



L'éducation à la santé est citée parmi les dix huit modes d'intervention possibles en réduction des risques ; sans doute est-elle perçue comme trop marginale dans les pratiques ou trop invraisemblable à l'égard des publics concernés pour être plus valorisée. Pourtant l'implication participative des usagers aux programmes de prévention qui les concernent constitue plus qu'un objectif pédagogique, mais un gage d'efficacité des actions. Une chose est de travailler à l'éducation des usagers visant un changement de leurs pratiques et attitudes vis-à-vis de leur santé. Une autre chose est de poursuivre directement l'objectif qu'ils deviennent eux-mêmes agent de transmission des messages et acteurs de prévention. Par exemple, des projets communautaires vont utiliser « l'effet boule de neige » basé sur l'information des usagers par les pairs, son effet multiplicateur en nombre de personnes recevant l'information, et suivre le principe de « faire circuler l'information selon les mêmes voies que celles de la circulation du virus ».



De telles actions visent également un changement des représentations entre les différents groupes que constituent les usagers, les professionnels du champ sanitaire et social, l'environnement social (habitants, responsables ...). Les professionnels deviennent des partenaires des usagers ayant vocation de les entendre et de les aider à préserver leur santé, mais aussi susceptibles de se mettre en capacité de soutenir et de faire la place à leur organisation propre. Les usagers eux-mêmes sont mis en situation de valoriser leurs savoirs et leurs réseaux qui ne sont plus seulement néfastes et dommageables.

Ce type de démarche va tendre à réformer l'image et la place des usagers de drogue dans la population, premier pas vers une inscription sociale, pour la plupart délétère et lointaine.

A ce titre, la réduction des risques va travailler à plus de cohésion sociale (travailler sur les composantes de la vie sociale locale) pour une resocialisation réelle des personnes toxicomanes. Il s'agit de promouvoir la participation de ces publics à la restauration de leur propre reconnaissance en tant que citoyens\*.

Catherine PÉQUART  
Association CHARONNE  
[catherine.pequart@charonne.asso.fr](mailto:catherine.pequart@charonne.asso.fr)

**\* Synthèse réalisée à partir de l'article suivant :**

Dr Catherine PEQUART. « Travailler avec les publics précaires »  
Traité d'addictologie, sous la direction du Pr Michel Reynaud  
Paris : Flammarion médecine sciences, 2006

## A vos agendas !

Le Pôle Régional de Compétences soutient les acteurs de prévention et promotion de la santé intervenant sur des territoires ou auprès des populations faisant face à de fortes inégalités sociales de santé. Il propose des formations alliant approche conceptuelle et cas pratiques. Ces formations seront co-animées par deux associations de santé communautaire, AIDES et l'Institut Renaudot, aux dates suivantes :

→ « Démarche communautaire : du concept à la pratique »

(2 jours + 1 jour à distance) :

- 1ère session : 5-6 avril + 1er juin 2012
- 2ème session : 22-23 octobre + 6 décembre 2012

Information et inscription auprès de AIDES : [ssempe@aides.org](mailto:ssempe@aides.org)

→ « Démarche communautaire : mobilisation et place des habitants/usagers »

(2 jours + 2 jours à distance) :

- 1 session : 25-26 juin et 1er-2 octobre 2012

Information et inscription auprès de l'Institut Renaudot : [lebourdais-renaudot@orange.fr](mailto:lebourdais-renaudot@orange.fr)

## Quelques références bibliographiques ...



### « Réduire les inégalités sociales en santé »

Coll. "La santé en action"

Sous la direction de Louise Potvin, Marie-José Moquet, Catherine M. Jones

Editeur : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES)

Les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays d'Europe occidentale dont la France. Cet ouvrage est prioritairement destiné aux professionnels confrontés à ces inégalités, qu'ils travaillent dans la santé, l'éducation, le social ou dans tout autre domaine. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, il a été élaboré par un comité éditorial associant très largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Guide d'aide à l'action rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités, son objectif est de mettre à disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets.

[Télécharger cet ouvrage en PDF](#)



### « Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention »

La Santé de l'Homme, n° 414 - juillet-août 2011

Les progrès en matière de santé, d'accès aux soins, de prévention ne profitent pas à tous. Alors que l'espérance de vie continue de s'accroître, les inégalités perdurent et ont même tendance à se creuser. Ce dossier central répond à un double objectif : 1) apporter aux lecteurs les connaissances fondamentales pour comprendre ce que sont les inégalités de santé et la façon dont elles se constituent 2) Cerner les modalités d'intervention - fondées sur une analyse scientifique dans laquelle les sciences humaines ont une très grande part - pour lutter contre ces inégalités ; décrypter des actions et programmes qui poursuivent cet objectif.

[Télécharger ce numéro en PDF](#)



### « Comment réduire les inégalités sociales de santé ? »

La Santé de l'Homme, n° 397 - septembre-octobre 2008

Comment prendre en compte les inégalités sociales de santé dans une action de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé ? Dans ce dossier central de 30 pages, une quinzaine d'experts et d'intervenants de terrain dressent l'état des lieux et des pratiques en la matière. Dans ce même numéro, une séquence sur la prévention du stress au travail, une enquête sur le manque chronique de sommeil d'une partie des Français et un programme innovant d'éducation sexuelle en milieu scolaire en Suisse.

[Consulter le sommaire du numéro](#)