

# La lettre de l'Institut Renaudot N°30

## Sommaire

- [Editorial](#)
- [Croisement des pratiques communautaires : Semaine de santé au collège](#)
  - [Coulisses du colloque de Grande-Synthe](#)
  - [Présentation de Grande-Synthe](#)
- [Histoire du concept de "Santé communautaire" et sa place dans les systèmes de santé européens](#)
  - [Centres de santé communautaire du Sahel : Qui participe ?](#)
    - [Centre de documentation](#)
    - [Inscription au colloque](#)

## Editorial

### **POLITIS, Mai 2000, Grande Synthe...**

**Marc Schoene**

Dès lors que le politique se définit comme ce qui a rapport aux affaires publiques, le colloque "Croisement de pratiques communautaires autour de la santé" de Grande-Synthe sera une contribution forte au Politique, par les questions qui y seront abordées et débattues : choix, priorités, efficacité des actions locales, place et rôle de la population, modalités de construction et pertinence des démarches et projets, pratiques intersectorielles...

Les premières inscriptions et les premières contributions écrites que nous recevons, traduisent l'écho positif qu'a suscité à travers le pays, l'initiative du colloque de Grande-Synthe. Mais les échanges que nous avons, dans la préparation même de celui-ci, les contenus des contributions proposées, montrent la diversité des actions menées sur le terrain, la diversité des acteurs engagés, le besoin, insuffisamment satisfait, d'échange, de confrontation, voire d'interpellation sur les actions, problématiques ou difficultés rencontrées.

L'année 2000 devrait être, pour plusieurs raisons, l'année de promotion des pratiques communautaires :

- 2000 c'est l'année au cours de laquelle doivent s'engager les nouveaux contrats de ville, que les pouvoirs publics veulent voir s'appuyer effectivement sur la participation des citoyens.
  - la circulaire tant attendue sur les réseaux vient de paraître : pour les réseaux dits généralistes, incluant sanitaire et social, sont incités à travailler à partir des besoins de la population, et invités à placer le patient au centre des préoccupations ; c'est bien d'approche communautaire qu'il s'agira ici aussi...
  - La complexité des problématiques auxquelles les villes, les quartiers, les professionnels sont confrontés (réaménagement urbain, problèmes de société, relations entre les habitants,

dialogue avec les jeunes, etc...) appelle des réponses intersectorielles, une implication réelle des citoyens, du partenariat, une méthode nouvelle de travail et de pratique professionnelle ; tous ces éléments sont des critères constitutifs de la promotion de la santé (voir entre autres le projet de l'Organisation Mondiale de la Santé intitulé "Villes-santé") et des pratiques communautaires...

La construction du colloque de Grande-Synthe est dans sa dernière ligne droite. Les contributions d'origines les plus diverses sont souhaitées pour refléter au mieux la mosaïque actuelle des approches communautaires.

Nous nous réjouissons déjà de faire se rencontrer, travailler ensemble pendant deux jours, des citoyens, des professionnels du social, de la santé, de l'éducatif, de l'urbanisme, des acteurs des réseaux, des élus, des militants associatifs...

Nous nous réjouissons de rencontrer des voisins européens engagés ici et là dans des actions communautaires.

Nous nous réjouissons des soutiens institutionnels les plus divers que nous recevons.

Mais le colloque, formule habituelle, sera surtout ce que chacun en fera !

Pour l'Institut, l'ambition est de permettre, sans préséance, sans hiérarchie, avec le public le plus divers possible, un échange d'idées, une rencontre de réflexion, de travail, de formation, à tous ceux qui innovent, s'interrogent, veulent engager ou améliorer des pratiques communautaires perçues ou comprises comme opératoires pour contribuer à améliorer la qualité de l'environnement de vie de tous les citoyens.

### **Croisement des pratiques communautaires de santé**

#### **SEMAINE DE SANTE AU COLLEGE**

**N. Victor**

*L'article de N. Victor illustre comment à partir d'une action classique de promotion de la santé, il est possible de favoriser la participation des usagers et de s'engager dans la santé communautaire.*

La municipalité de Stains avec l'association Vie Libre organise le Défi "3 jours sans alcool", sur le modèle de celui de Brest. L'éducation nationale a été sollicitée pour participer à ce Défi. Le médecin du service de promotion de la santé en faveur des élèves fait partie du comité de pilotage du Défi.

L'analyse des besoins des élèves fait apparaître plusieurs points importants :

- une fréquentation quotidienne élevée de l'infirmerie qui traduit et entretient une somatisation du mal vivre des adolescents.
- une ignorance profonde du corps humain et de la manière de le garder en santé.
- une demande pressante des élèves pour devenir plus autonomes en manière d'accès aux soins.

Ceci a permis de formuler les objectifs d'une semaine santé :

- une semaine de santé au collège, dans le cadre du Défi "3 jours sans alcool",
  - une semaine élargie à d'autres aspects de la santé,
  - une semaine ouverte vers l'extérieur ; le quartier et les habitants,

- une semaine pilotée par les élèves, avec leur implication active.

C'est un objectif essentiel même s'il est difficile à atteindre.

Les possibilités locales de partenariat ont permis de mobiliser :

- une équipe pédagogique motivée par un travail en partenariat associant les professeurs, le médecin et l'infirmière scolaire,
  - des élèves souhaitant être actifs au sein du projet santé,
  - une équipe de direction et de vie scolaire.

**La méthodologie** Elle s'est basée sur la responsabilisation des différents acteurs. Après avoir choisi un thème d'action, chacun a pu exprimer sa vision de la santé et des moyens de la conserver.

Un accord s'est fait sur une exposition santé comprenant une exposition de base de la CRAMIF et un concours d'affiches réalisées par les élèves.

Cette exposition était ouverte aux autres collèges de Stains qui purent la visiter avec leurs professeurs de biologie ou leurs professeurs principaux.

Les après-midi furent consacrées à des débats thématiques. Les thèmes en étaient choisis par un comité de pilotage regroupant des élèves volontaires, les professeurs de biologie, le médecin et l'infirmière scolaire.

Les élèves ont établi un emploi du temps pour gérer les visites de l'exposition et les inscriptions aux conférences débats.

Les adultes se sont chargés de trouver les intervenants, des contacts avec les partenaires extérieurs (CPAM, CRAMIF, municipalité).

Une demi-journée "portes ouvertes" en direction des parents d'élèves, des associations de quartier, de la municipalité, a complété la semaine.

Les thèmes choisis ont été :

- Le cancer et les hépatites.
- Alcool, SDF et santé sociale.
  - La drogue.
  - La diététique.
- Le SIDA et les MST.

Cette semaine a mobilisé 200 élèves. Sa réussite a reposé sur de très bons contacts inter personnels entre organisateurs et autres membres de l'équipe éducative d'une part, et entre les adultes et élèves d'autre part. Les quelques difficultés ont été liées au respect du planning par les élèves, au manque de participation des parents, aux difficultés de pérennisation de cette action.

### **Coulisses du colloque de Grande-Synthe**

Serge OLIVARES

Lors de l'université d'été de la rentrée 1998, l'Institut présentait le travail de l'année, à savoir sa "Charte" de la santé communautaire. Celle-ci nous permettait d'expliciter notre conception de la santé communautaire. Elle était pour nous l'occasion d'aller à la rencontre des équipes engagées dans des actions de terrain. Ce travail important pour nous, a aussi été le départ de rencontres et de réflexions fructueuses.

Très rapidement, la nécessité de créer un lieu de confrontations et d'échanges pour les acteurs de ces actions, s'est imposée à nous. L'idée d'un colloque était née. Celui-ci se veut ouvert à tout les intervenants en santé communautaire ; professionnels du soin, mais aussi travailleurs sociaux, habitants, urbanistes, élus... Tant il est évident pour nous que la santé n'est surtout pas l'apanage du corps médical, mais qu'elle inclut aussi tous ceux qui par leur action concourent à son amélioration.

L'invitation de la ville de Grande-Synthe, dès l'université d'été, permettait de régler le problème du lieu. Son implication dans l'organisation, apportait des solutions pratiques à bien des problèmes d'intendance.

Le programme du colloque s'élabore pas à pas grâce au travail du comité scientifique. Chaque réunion permet d'en affiner le contenu. S'agissant d'un colloque communautaire, il se construit collectivement avec ce comité, mais aussi avec les acteurs de terrain au travers de leurs contributions.

En effet, pour illustrer les thèmes retenus, un appel à communications a été lancé ; les premiers retours semblent prometteurs. Afin de ne pas perdre la richesse de ces expériences, il a été décidé d'utiliser toutes les communications soit lors des séances plénières, des ateliers, ou sous forme de "posters".

Un groupe de pilotage a aussi été mis en place, il se charge de réfléchir à la mise en forme du colloque (contenu des ateliers, propositions des thèmes au comité scientifique, suivi de l'organisation pratique...). Dans cette nouvelle rubrique, nous vous informerons régulièrement de l'état d'avancement du colloque.

### **Grande-Synthe : Présentation** **Véronique BILLAUD**

<http://www.grande-synthe.org>

*La commune de Grande-Synthe accueillera en Mai, le premier colloque de l'Institut, Véronique Billaud a réuni les documents suivants, afin de présenter cette ville.*

#### **Un peu d'histoire**

Ancienne commune de banlieue résidentielle agricole et maraîchère, Grande-Synthe a connu dans les années 60 une forte croissance de sa population, en grande partie due à l'implantation d'Usinor (13 000 salariés). La population de cette Zone Urbaine Prioritaire (dès 1961) est jeune et souvent déracinée. Les travailleurs y sont soumis au rythme de vie du travail posté des 3 x 8 (65 % des chefs de famille sont ouvriers). Les équipements collectifs et les transports en commun y étaient rares.

Le centre de santé : un projet porté par l'association populaire familiale et relayé par la volonté de l'équipe municipale.

Dès 1971, une proposition est élaborée : c'est la Maison Médicale de Quartier, inspirée des Centres de santé communautaire québécois. En 1979, le travail de partenariat entre les élus et le comité de défense de la santé porte ses fruits et se traduit par l'ouverture du centre de santé.

Sa gestion est assurée par un Conseil d'Administration regroupant des associations d'usagers, des élus, des professionnels de la santé et les financeurs. (ce qui précède est extrait de l'exposition réalisée pour les 20 ans du Centre par son directeur, Jean-Paul PARENT, et toute l'équipe).

### **Villes-santé et villes durables : des objectifs similaires ?**

Tel fut le sujet d'une présentation par M. Dubé dans le cadre de l'O.M.S.

Nous vous en présentons les derniers points abordés ; ils permettent de comprendre que Grande-Synthe, qui était déjà une "ville santé" depuis 1979, a naturellement rejoint le projet de ville "durable".

"Dans la planification et la gestion du système urbain, les autorités locales doivent tenter de réconcilier des intérêts divergents, des tendances d'évolution parfois contradictoires et des déterminants sur lesquels elle n'a parfois aucun contrôle."

On peut se demander quelle place peuvent occuper les préoccupations de santé publique dans les différents champs d'action des collectivités locales; il est important que tous les services municipaux puissent collaborer de façon à ce que la population, et surtout les groupes vulnérables (personnes âgées, handicapés, marginaux, familles monoparentales...) ne soient pas confinés aux secteurs urbains les plus dégradés sur le plan social et environnemental.

### **Participation des habitants**

Classée dans les années 80 en site Développement Social des Quartiers, Grande-Synthe a signé en 1994 un Contrat de Ville. Mais elle en a fait évoluer tant la lettre que l'esprit et notamment en matière de participation des habitants. Aux dispositifs traditionnels des comités de quartier sont venues s'ajouter des commissions chargées de l'environnement. L'Atelier de Travail Urbain, créé en 1993, associant, élus, techniciens et habitants, est l'outil le plus récent de participation qui ait vu le jour à Grande-Synthe.

Concomitamment, la ville s'est attachée à gérer les questions d'urbanisme au quotidien en adaptant l'organisation des services publics.

L'ATELIER DE TRAVAIL URBAIN au quotidien est un lieu d'expression libre où élus, techniciens et habitants ont le même poids pour élaborer et proposer des projets d'aménagement.

C'est aussi une école de la ville, du dialogue, de la citoyenneté et donc un exercice de démocratie.

Les réunions se tiennent au rythme de 10 par an. Une grande réunion plénière a lieu chaque année.

Aujourd'hui, 200 habitants en sont membres, sont informés par "la feuille de liaison" ou participent directement aux réunions. Cependant, l'A.T.U est actuellement confronté à 2 limites : intégrer plus de jeunes grand-synthois à faire la ville qui sera la leur, et pouvoir mieux dialoguer avec les membres de l'ATU pris par leurs contraintes familiales ou professionnelles.

### **A quoi sert l'A.T.U ?**

Pour les professionnels de l'urbanisme, il renforce le réflexe d'écouter les habitants avant d'élaborer leurs projets.

Pour les agents de quartier, présenter l' A.T.U et ce qui s'y passe et s'y discute est vu comme un moyen supplémentaire de dialoguer et d'entraîner parfois de nouvelles personnes... Ainsi regarde-t-on la ville, "sa" ville, autrement.

Par l'A.T.U, un habitant est un citoyen. Mais l'A.T.U ne doit pas être ouvert uniquement sur l'urbanisme. Il doit l'être aussi, plus tard, à des philosophes, à des historiens, des ethnologues et sociologues.

### **Les objectifs du Centre de Santé**

- Améliorer l'état de santé global des habitants.
- Définir et mener des actions d'information, d'éducation, de prévention et de promotion de la santé auprès des habitants, dans la perspective de les amener progressivement à prendre en charge et à améliorer leurs conditions de vie et de santé.

### **Histoire du concept de "santé communautaire" et sa place dans les systèmes de santé Européens** **Danièle Gilis**

*Nous continuons la publication de l'article de Danièle Gillis sur l'historique du concept de santé communautaire (2ème partie).*

#### **Les années 70**

Le Québec, lors de la réforme des années 70, s'est doté de Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) qui ressemblent à plusieurs égards aux Neighborhood Health Centers des Etats-Unis. Mais il ne s'agit plus seulement de santé au sens strict du soin médical, ils associent dans un même lieu le service social du quartier concerné, et des professionnels de santé. Pourtant, après avoir suscité beaucoup d'espoir par leurs idéaux de participation, de multidisciplinarité et de médecine globale lors de leurs débuts mouvementés à la Pointe St Charles, il semble qu'ils soient revenus à des services plus traditionnels. Le modèle biomédical reprend très vite sa place dominante sur le modèle biopsychosocial.

En France, sous l'impulsion de certains professionnels influencés par l'expérience québécoise, les "dispensaires" ont tenté eux aussi de pratiquer "la médecine globale", la pluridisciplinarité et la participation. Leur mode de fonctionnement est néanmoins resté très hétérogène du fait d'une absence de volonté politique très claire de la part du système d'Assurance Maladie qui les conventionnait, et des élus municipaux qui géraient ces structures. Leur reconnaissance officielle par un décret ministériel en tant que "centres de santé" date seulement de 1991...

Les Maisons Médicales Belges apparues elles aussi dans les années soixante-dix, furent créées à l'initiative de professionnels de santé insatisfaits de leur mode d'exercice. Ils se sont regroupés de façon pluridisciplinaire avec le souci d'associer la population de leur quartier à la gestion de leurs établissements et à leur projet. Ils ont passé des conventions avec les Mutuelles Belges et se sont constitués en une Fédération qui aujourd'hui encore, reste très active pour faire progresser la recherche de pratiques nouvelles.

#### **Le concept de " Santé Globale " et la planification " à la Québécoise "**

Depuis 1946 la définition de la santé par l'O.M.S. incluait les notions de bien-être physique, mental et social, et dès 1951, cet organisme recommandait une structuration rationnelle des systèmes de santé où la participation de la population était mise en avant.

Le Québec a été un des fers de lance de cette stratégie avec une incitation très forte du gouvernement fédéral qui en a fait un des thèmes majeurs du rapport déposé en 1970 devant leur Assemblée Nationale. Mais l'assimilation du terme de santé communautaire à celui de santé publique au Québec, a contribué à donner de la santé communautaire une définition réductrice, limitée à la stratégie de planification de la santé avec une programmation par objectifs.

L'Espagne et le Portugal, qui ont vécu un changement radical de régime politique à cette même époque, ont eut l'opportunité de mettre en place des systèmes de santé basés sur ce principe de planification.

Au Portugal le Service de Santé National crée en 1979 a mis en place des unités fonctionnelles qui rassemblent les cliniques médicales offrant des services de soins, et des centres de santé qui ne proposaient que des services de prévention. Leur mode de fonctionnement reste néanmoins très centralisé et hiérarchique.

En Espagne, la Loi Générale sur la Santé date de 1986. Les structures sont décentralisées dans des services régionaux et le système est basé, surtout dans les villes, sur des centres de santé multidisciplinaires comprenant également des travailleurs sociaux.

Cette démarche très volontariste a permis une avancée intéressante du concept de santé globale, et a mis en avant de façon très forte la place centrale de la médecine générale. En Espagne particulièrement, elle est considérée comme une spécialité à part entière sous la dénomination de "Médecine de Famille". Par contre, cette démarche planificatrice est restée très verticale et donne une très faible place à la participation de la population pour la définition de ses besoins et l'élaboration de son projet de santé.

Cette résistance à la participation de la population, encore aujourd'hui très présente en Europe, peut être analysée en liaison avec un clivage idéologique très répandu. Il s'agit de l'opposition entre d'une part, le primat scientifique et technique, et d'autre part, l'ambition de transformer le demandeur de soins, en individu acteur et gestionnaire de ses besoins de santé.

Vous retrouverez la suite de cet article dans notre prochain numéro

### **Centres de santé communautaire du Sahel : qui participe ?**

**Bruno Dandres**

La santé communautaire est communément définie par la participation des habitants à la résolution des problèmes de santé. Le niveau d'implication et le poids de la participation de la population varie en fonction du contexte local. En voici une illustration.

L'absence de progrès de l'Etat de santé des populations rurales des pays en développement, a consacré l'échec de l'O.M.S. dans sa politique des soins primaires menée jusque là. Les postes de santé primaires (PSP) et centres de santé primaires (CSP) villageois prétendaient apporter au plus près des populations rurales des capacités de diagnostic et de soins de base. Ces petits équipements ruraux étaient financés par les Etats et leur accès était gratuit, mais ils souffraient de la sous qualification des personnels, du manque d'encadrement et d'équipement en matériel et en médicaments.

Depuis les années 90, l'O.M.S. a impulsé la substitution des PSP et des CSP par les centres de santé communautaires (CS Com). Les Etats ont la charge de mener ces programmes financés principalement par les organismes internationaux, FMI, UNICEF, fonds européens, etc., sous forme d'aides aux investissements et au démarrage.

Un regard sur la situation de la région de Kayes au Mali permet d'illustrer la complexité du problème et les logiques qui sont en présence dans les projets de Centre de santé Communautaires.

### **Les protagonistes**

Six parties sont impliquées : les migrants, les villageois, les organisations non gouvernementales (ONG), l'Etat, les organismes internationaux, l'industrie pharmaceutique. Cette région est traditionnellement une terre d'émigration et l'argent des expatriés en est un facteur économique majeur. Relayant ou devançant les demandes de leurs populations d'origine, les migrants sont les initiateurs de projets dont les centres de santé sont une composante essentielle à leurs yeux, pour des raisons bien compréhensibles. Pour mener à bien leurs projets, les migrants demandent l'assistance technique d'ONG qui se chargent de l'étude de besoin, de l'expertise technique et de l'accompagnement.

Outre le recours aux soins traditionnels, les villageois comptent, pour répondre à leurs besoins de santé, sur les équipements locaux et sur les envois d'argent des expatriés leur permettant de se soigner en ville.

L'Etat ne dispose pas des ressources nécessaires pour améliorer le dispositif en place et du fait de la "restructuration" imposée par le FMI, ne dispose d'aucune marge d'autonomie.

Le schéma préconisé par l'O.M.S. est simple : l'amélioration de l'Etat de santé des populations suppose l'amélioration de la qualité des soins et un travail de prévention. La qualité s'obtient en créant des centres, tenus si possible par des médecins ou, vision plus réaliste, par des infirmiers diplômés, entourés d'une équipe plus motivée et mieux formée. Cela a un coût et en conséquence, les centres seront moins nombreux, desserviront une zone d'activité de plusieurs villages, et seront soumis à la règle de l'autofinancement. La fin de la gratuité des soins suppose un travail d'information de la population sur les problèmes de la santé et de son économie.

Condition ultime pour la réussite de l'entreprise, les centres doivent être approvisionnés en médicaments à bas prix. L'implication de l'industrie pharmaceutique n'est donc pas des moindres.

### **Les enjeux**

Si l'amélioration de l'Etat de santé est un thème fédérateur, le nombre des acteurs et la diversité de leurs logiques ou intérêts rend le scénario très complexe. Il est bien sûr question d'argent et de pouvoir.

La pression des institutions internationales amène l'Etat à se défaire des engagements financiers qu'il assumait et à s'investir dans un rôle de planification et de supervision. La population et les migrants acceptent mal cette conversion qui leur impose un effort financier et une tutelle plus grande sans contrepartie visible à court terme.



L'habillage de santé des séances d'information villageoises, masque difficilement les enjeux de pouvoir et d'argent. Autant pour des raisons d'accessibilité que pour des raisons de prestige, le renoncement au principe de "un centre de santé par village" entraîne des négociations difficiles entre les villages, les migrants et les autorités.

Les fonds disponibles sont comptés. L'Etat les gère au plus près et fait pression sur les migrants pour qu'ils financent le plus possible les projets. Ces derniers ont plus que jamais le sentiment d'être les "vaches à lait" mais acquièrent dans les villages un pouvoir qui n'est pas forcément bien vécu par les anciens.

Dans ce scénario les ONG ont ici aussi bien du mal à préserver leur neutralité face aux luttes d'intérêts qui dépassent l'objet de leur mission : la santé.

La population participe aux débats, aux frais ; elle attend les médicaments et les résultats.

La santé pour tous en l'an 2000  
Dis, papa, c'est loin l'an 2000 ?  
Tais toi et marche.

### **Centre de documentation Samia Mammer**

*Beaucoup de parutions pour ce numéro de la Lettre, deux ouvrages importants de nos amis Belges seront présentés dans le prochain numéro, mais ils sont déjà disponible à l'institut.*

#### **La démarche communautaire : analyse et pratiques**

Sophie Schapman. Nancy : Société Française de Santé Publique, déc. 1999. - 147 p.  
Le but cette recherche s'inscrit dans une étude de faisabilité sur le développement d'actions communautaires dans le contexte socio-politique français, qui poursuit trois objectifs généraux :

- Définir ce que l'on entend par actions communautaires en France, tant du point de vue théorique que pratique ;
- Identifier les conditions favorables et les résistances à la mise en œuvre d'actions communautaires en France ;
- Dégager des propositions pour promouvoir et développer les actions communautaires.

Partant de ces objectifs généraux, l'auteur a dégagé les objectifs spécifiques suivants :

1. Analyser le référentiel théorique et technique des actions communautaires en France ;
2. Décrire les pratiques des différents acteurs engagés dans des actions communautaires en France ;
3. Identifier les logiques et l'environnement des acteurs engagés dans des actions communautaires et analyser leurs répercussions sur le déroulement des actions.

(En consultation à l'Institut Renaudot)

#### **La santé dans les politiques de la ville : étude bibliographique pour le conseil national des villes**

Véronique BILLAUD. Paris : MDSL-Intervention Santé (Mouvement pour le Développement Social Local), oct. 1999. - 133 p.

Cette étude réalisée à la demande du groupe de travail "Santé et pratiques sociales" du Conseil National des Villes constitue un travail d'analyse bibliographique d'actions de santé, mené dans le cadre des politiques publiques des villes, et plus particulièrement celles inscrites dans les contrats de villes, mais sans toutefois s'y limiter. Cette étude a pour objectif "de capitaliser l'expérience, de valoriser les acquis, et de mettre en lumière des repères méthodologiques afin de faciliter la mise en œuvre d'actions de santé et de politiques de santé publique dans les prochains contrats de ville".

Au sommaire :

I - L'évolution des politiques municipales de santé et des représentations qui y sont attachées.  
II - Les Conditions d'émergence. III - Les conditions de mise en œuvre. IV - Des Axes à développer.

Annexe 1. : Actions globales concernant un ou plusieurs quartiers d'une ville -Besançon (25), Béziers (34), Créteil (94), Evry (91), Nanterre (92), Saint-Jean de Braye (45), Fourmies (59)  
(En consultation à l'Institut Théophraste Renaudot)

### **Agenda**

Le CERAS organise 6 journées de réflexion sur la santé.

La première session a eu lieu en Janvier mais la prochaine aura lieu du 20 au 22 Mars à la Clarté-Dieu (Orsay 91).

Les thèmes abordés seront :

La santé publique, la prévention, l'éducation et le soin.

La coordination et la régulation de l'offre de soins.

La santé et les projets politiques.

Contact : Cerras-session 14 rue d'Assas 75006 Paris

Tel : 01 44 39 48 30 - Fax : 01 40 49 01 92

### **Inscription au colloque**

**Les inscriptions pour le colloque "Croisement des pratiques communautaires autour de la santé" sont ouvertes.**

Le colloque aura lieu les **12 et 13 mai à Grande-Synthe.**

Inscription

Individuelle : **1000 Frs**

Institutionnelle : **1500 Frs**

Pour toutes difficultés s'adresser à l'Institut.

### **Déroulement des journées**

**Vendredi**

9h - 10h : Accueil

10h - 12h : Séance plénière

12h - 14h : Déjeuner

14h - 19h : Ateliers

20h : Soirée/Spectacle

**Samedi**

9h - 13h : Ateliers

13h - 15h : Déjeuner

15h - 17h : Séance plénière