

PROGRAMME

de l'Institut > encarté dans ce numéro

- EDITORIAL
Santé publique, santé communautaire au cœur de l'actualité !
Par Marc schoene
- CENTRES DE SANTÉ :
ACCORD NATIONAL
Du bougé dans l'organisation des soins de santé ambulatoires en France ?
Par Marc schoene
- ACTUALITÉ
Le projet transfrontalier de «plate forme des services en promotion de la santé»
Par Béatrice Lazrak
- PRATIQUES
COMMUNAUTAIRES
AUTOUR DE LA SANTÉ
AU QUOTIDIEN
De l'audit d'un centre municipal de santé à un diagnostic local partagé ?
Par Dorothee Martin
- LA VIE DE L'INSTITUT
Assemblée Générale 2003
Le Conseil d'Administration
- CENTRE DE
DOCUMENTATION
- AGENDA

La lettre

de l'Institut Renaudot

Santé publique, santé communautaire au cœur de l'actualité !

Agir dans la proximité ; contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et aux services ; contribuer à la participation citoyenne dans la santé, autant de questions au centre des préoccupations des promoteurs et acteurs de santé communautaire...

L'actualité dans le domaine de la santé est riche et les conséquences des choix qui se font ou se feront dans la prochaine période seront particulièrement importants pour les citoyens, pour les professionnels, pour les institutions... Que ce soit la préparation de la loi d'orientation en santé, l'accord national entre Caisse nationale d'assurance maladie et gestionnaires de centres de santé, les nouvelles étapes de décentralisation des compétences dans les domaines du social et de la santé. L'assemblée générale de l'Institut qui s'est tenue le 8 mars dernier était au cœur des problématiques actuellement en débat.

Les mots ou concepts de démocratie, de proximité, d'efficacité, de participation, de solidarité, de changement de pratiques sont régulièrement utilisés, mis en avant dans des textes, des déclarations des uns et des autres ; nous ne pouvons que nous en réjouir, puisqu'ils figurent au cœur de la Charte de l'Institut, et que nos nombreuses initiatives visent toutes à contribuer à mettre concrètement en pratique ces mots riches de sens.

Osons écrire que des mots à leurs applications quelques ajustements restent nécessaires tant il y a encore de distance entre les déclarations, les

textes et les pratiques !

Proximité, décentralisation : l'Institut Renaudot est engagé depuis sa création dans les pratiques, les débats et les divers lieux de réflexion et de construction sur la proximité, sur la place de la santé au sein des collectivités locales. Nous nous sommes félicités en son temps du nouveau dispositif Atelier Santé Ville (en émettant un avis sur les conditions de sa réussite dans la durée), nous avons organisé lors de nos Rencontres de Grande Synthèse et d'Evry des tables rondes régionales qui ont montré les engagements très diversifiés des collectivités et institutions en matière de santé.

Nous avons pris part à des travaux sur la participation pour en montrer les conditions de réelle mise en œuvre.

Et surtout notre Institut -en le confirmant encore fortement avec le programme triennal adopté à sa dernière assemblée générale- s'est engagé à promouvoir des aides multiples de mise en œuvre d'actions communautaires.

Malgré les incompréhensions, peut-être du fait même des incompréhensions sur le terme de « santé communautaire » que nous n'avons pas créé, et qui est largement utilisé à travers le monde, nous avons décidé de continuer à l'utiliser, même s'il convient d'en rappeler la définition, les limites, pour éviter les confusions qu'il peut susciter.

Boris Cyrulnik n'écrit-il pas dans « le murmure des fantômes » : « le terme (il ne parle pas ici de santé communautaire, mais qu'importe !) ■ ■ ■

■ ■ ■ n'est pas bon, c'est pour ça qu'il faut le garder, parce qu'il est insolite... » !

La santé communautaire est à la fois suspecte, regrettamment confondue avec le communautarisme, le repliement sectaire, et en même temps -assez récemment il est vrai- utilisée dans des textes et documents tout à fait dignes de considération : Schéma Régional d'Éducation à la Santé, Atelier Santé Ville pour n'en citer que deux.

Acteurs d'origines diverses, professionnels de santé, du social, de l'éducatif, militants associatifs, élus, les porteurs du concept et des actions de santé communautaire en défendent l'actualité, car elle est une stratégie intéressante pour développer, avec leurs bénéficiaires, leurs acteurs, des actions -en ce qui nous concerne à entrée de santé publique- sur les thématiques ou avec les publics les plus divers, qui nécessitent et permettent la proximité, la participation, l'intersectorialité, le changement des pratiques et des pouvoirs.

C'est à partir de l'impact, que chacun peut vérifier (nous l'avons fait lors des Rencontres sur l'évaluation à Evry) des très nombreuses actions de santé communautaire menées en France, que nous invitons les décideurs de notre pays, à quelque niveau ou place où ils se trouvent, -si leur objectif est de contribuer à la qualité, l'efficacité, l'accessibilité de leurs politiques de santé- à observer, encourager, aider concrètement au développement des actions communautaires en santé, à inscrire la santé communautaire comme l'une des stratégies d'intervention en promotion de la santé et santé publique.

L'ambitieux programme que l'Institut se propose de lancer (et qui s'est largement appuyé sur les demandes, les attentes exprimées par notre réseau) -si les moyens adéquats lui sont accordés- vise à offrir aussi bien des lieux d'information, que d'évaluation, d'aide, de débats, de rencontres à tous ceux qui s'intéressent ou/et sont engagés dans des actions en santé communautaire.

Marc Schoene

“Du bougé” dans l'organisation des soins de santé ambulatoires en France ?

Un récent "accord national" propose des changements importants dans l'organisation et les pratiques de santé ambulatoires. Une chance pour la promotion de soins de santé primaires et santé communautaire en France ?

L'Institut s'intéresse depuis son origine aux questions relatives à l'organisation du système de santé et à partir du secrétariat européen des pratiques communautaires et du concept de soins de santé primaires, aux différentes modalités d'organisation des soins de santé. Nous avons largement participé aux débats et aux propositions sur le sujet (voir références bibliographiques dans ce numéro de La Lettre).

Nous avons pris connaissance avec intérêt du texte d'accord national conclu entre centres de santé et caisses d'assurance maladie. Il n'est pas de notre compétence de porter un avis sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de cet accord. Nous avons par contre apprécié les avancées, sur lesquelles nous avons apporté une contribution importante, que représentent la reconnaissance de pratique globale (soins, prévention, éducation en santé) des centres, sur le travail d'équipe autour du dossier médical partagé, la place définie et

priorisée au premier niveau ou soins de santé primaires, la reconnaissance de la formation continue.

Nous notons que se rejoignent aujourd'hui un grand nombre de travaux (conseil scientifique de la CANAM, Haut Comité de Santé Publique, Société Française de Santé Publique) pour souligner la nécessité d'une évolution majeure de l'organisation du système de santé ambulatoire : regroupement de professionnels en un lieu partagé, travail d'équipe, approche globale de la pratique qui associe le curatif et le préventif, participation des usagers aux décisions.

Autant de signes qui invitent à mutualiser les réflexions, les compétences (en ne négligeant pas de profiter des expériences étrangères) pour contribuer à modifier dans l'intérêt des différents acteurs concernés, les pratiques de soins de santé de proximité.

Marc Schoene

Le projet **transfrontalier** de « **plate forme des services en promotion de la santé** »

Ce projet s'inscrit dans un programme d'initiative européenne, qui subventionne des projets transfrontaliers concrets dans le but de rapprocher et favoriser le partenariat au sein de l'Union Européenne. Ce programme communautaire s'adresse aux structures associatives, acteurs publics, organismes de formation, qui souhaitent mettre en place un projet, en y associant des acteurs des deux côtés de la frontière.

Ce projet est soutenu par l'Union Européenne, le Ministère de la Santé de la communauté Française de Belgique, la DRASS Nord-Pas-de-Calais, le Conseil régional Nord-Pas-de-Calais et la CRAM Nord Picardie. Il se déroule en deux phases de trois ans chacune.

Ce dispositif se présente comme une plate forme de soutien en promotion de la santé, il est construit autour de trois axes de travail complémentaires :

- 1-** Echanges de pratiques et savoir-faire autour d'outils d'éducation et de promotion de la santé,
- 2-** Echanges autour des pratiques et questionnements des acteurs de promotion de la santé,
- 3-** Renforcement de la communication et des échanges d'informations (par l'outil Internet).

Les finalités du projet sont de valoriser et de renforcer les pratiques de pro-

motion de la santé en cours de part et d'autre de la frontière, en cherchant à en améliorer l'efficacité et en visant à la permanence de ces échanges transfrontaliers à terme.

Il concerne tous les acteurs de promotion de la santé désireux de s'interroger et d'échanger sur leurs pratiques.

Les opérateurs du projet (Educa-santé, MRPS, CRES Nord-Pas-de-Calais et SACOPAR) apportent le soutien nécessaire en matière de communication entre les acteurs, de moyens logistiques, d'encadrement et d'animation. Chaque axe du projet dispose d'une équipe de deux personnes au moins, de part et d'autre de la frontière.

Les trois actions en cours sont :

Action 1 :

> Echanges de pratiques et formations sur les outils d'éducation pour la santé (CD, maquettes pédagogiques, jeux, vidéo)

Des outils ont été recensés, et depuis décembre 2002, des séminaires et sessions de formation ont démarré, permettant les échanges autour de l'utilisation de ces supports replacés dans les démarches de promotion de la santé.

Action 2 :

> Echanges de pratiques.

Il s'agit de mettre en place une plate forme de soutien aux pratiques déve-



loppées par les acteurs en promotion de la santé :

Renforcer, enrichir, valoriser les démarches des acteurs de terrain qui œuvrent de part et d'autre de la frontière sur l'une ou plusieurs des priorités suivantes : public en situation sociale et économique défavorable, démarche participative et/ou développement local, gestion des conduites à risque et prévention des cancers féminins.

Action 3 :

> Internet comme support pour les pratiques et les échanges.

Un site Internet a été mis en place dont l'adresse est :

www.euroreg-promosante.org. Ce site propose les rubriques suivantes : Bonnes adresses, sélection de sites, agenda, le bulletin bibliographique « Reliance », ainsi qu'un forum de discussion.

L'institut Renaudot prendra part à l'ensemble des actions de ce projet, notamment à travers la participation de son pôle formation.

Cette initiative est déjà bien engagée, souhaitons lui le succès qu'elle mérite.

Béatrice LAZRAK

Contact : Marie Marseille
MRPS Nord-Pas-de-Calais
03 20 15 49 49

De l'audit d'un centre municipal de santé à un diagnostic local partagé ?

RECHERCHE / ACTION À SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY (77)

Le contexte

> Un centre de santé dans un environnement en évolution

Saint-Fargeau-Ponthierry est une commune de 11 250 habitants située au sud de Seine-et-Marne.

Saint-Fargeau-Ponthierry s'est doté depuis les années 1970 d'un centre de santé, ancien dispensaire, héritage d'une entreprise de papiers installée au début du siècle.

Jusqu'au début des années 90, cette structure répondait bien à une demande de soins, trop peu de médecins étant installés en libéral. Depuis, beaucoup de consultations se sont ouvertes en ville.

Au moment des élections municipales, différents constats sont faits par les élus :

- Une partie des missions du centre de santé est remplie par le secteur libéral. L'accès aux soins pour tous, le conseil et l'orientation sont en grande partie assurés par une offre de soins diversifiée et de qualité sur la ville et la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.),
 - Une politique sociale ne peut se construire qu'en lien avec le secteur de la santé.
 - Certains besoins ne sont pas couverts sur la ville en particulier dans le domaine de la prévention primaire et du dépistage.
- D'autre part, le suivi financier du C.M.S. révèle de réelles carences en terme

d'équilibre budgétaire et des pôles d'activités sont très déficitaires malgré une augmentation de la fréquentation. L'équilibre budgétaire est assuré grâce à une subvention communale de 1,4 million de francs en 2000 et de 1,6 million de francs en 2001.

> De l'audit du Centre Municipal de Santé à une étude plus globale

Fin 2001, pour prendre du recul et faire des choix politiques éclairés, la commune fait appel à l'Institut Théophraste Renaudot pour réaliser un audit structurel du centre municipal de santé.

Nous rencontrons alors la commune et lui proposons, à la place, de réaliser une étude globale reposant sur l'analyse des besoins, des attentes et des ressources existantes et impliquant les différents acteurs de la ville.

La démarche de diagnostic partagé

Ce travail s'inscrit sur une durée d'un an, et a pour objectif de :

- définir une politique communale de santé publique cohérente avec les ressources de la commune et les orientations de ses partenaires (DDASS, CG, CPAM...) et pertinente au regard des besoins et attentes des féréopontains,
- d'initier une dynamique locale de santé en impliquant les différents acteurs de la vie locale (habitants, élus,

professionnels),

- de réorienter les missions du Centre Municipal de Santé.

Il est divisé en étapes successives : le pré-diagnostic, le diagnostic à proprement parlé, la définition de la politique locale de santé publique et la réorientation des missions du centre.

> Le pré-diagnostic

Dans un premier temps, il nous semble important de mieux connaître la ville, ses ressources, ses acteurs, ses problématiques. Nous réalisons donc des entretiens, pour la plupart individuels, avec différents professionnels, élus et personnes ressources. Ces entretiens sont un moment privilégié pour échanger sur le sens de l'étude et sur la motivation des acteurs à s'investir.

Concomitamment, nous étudions la littérature et récupérons des données objectives (population, indicateurs sanitaires...).

Le pré-diagnostic permet de repérer des ressources (structures, projets, personnes) et des problématiques à affiner lors de la phase de diagnostic :

> Le diagnostic

Nous proposons une démarche d'analyse favorisant la participation des différents acteurs de santé (habitants, professionnels, élus) dans le processus de recherche et de prise de décision.

Cette démarche repose sur la valorisation des ressources et des compétences existantes.



par Dorothée Martin

4 groupes travaillent à partir des résultats du pré-diagnostic pour affiner les problématiques repérées.

> Groupe 1 : Les problématiques de santé des jeunes 11-20 ans

(collégiens, lycéens, Fondation Poidatz)

> Groupe 2 : La besoins des personnes âgées (personnes âgées de plus de 70 ans)

> Groupe 3 : L'accompagnement des familles en souffrance

> Groupe 4 : L'amélioration de l'accès aux soins. Ce dernier groupe travaille notamment sur l'amélioration de la prise en charge des pathologies lourdes. Chacun des groupes est composé d'habitants, de professionnels, d'élus et d'institutionnels ; les élus de l'opposition sont eux aussi impliqués dans les groupes de travail.

> Les groupes 1, 2 et 3 ont pour objectif d'analyser les besoins de santé des différents publics concernés en impliquant l'ensemble des acteurs aux différents stades du diagnostic.

> Le groupe 4 analyse la problématique de la prise en charge des pathologies lourdes sur la ville tant au plan quantitatif que qualitatif.

Pour réaliser ces diagnostics, différentes méthodes sont choisies par chacun des groupes : entretiens individuels, entretiens collectifs, questionnaires, etc.

La construction des réponses est ou sera affinée avec les personnes directement concernées.

A partir des priorités d'orientation dégagées par le diagnostic, nous aidons la commune à faire des choix en déterminant les priorités à partir de trois critères : la pertinence, la cohérence, et l'adhésion aux valeurs politiques.

La politique de santé publique est en

cours de construction...

L'ultime étape (et non des moindres) consiste à réorienter les missions du CMS en cohérence avec les axes prioritaires dégagés.

Intérêt de la démarche

Par rapport à un audit structurel, cette démarche présente différents avantages :

- définir une politique locale de santé,
- partir des besoins des habitants et non des ressources,
- considérer la santé dans sa dimension globale,
- promouvoir une conception démocratique des pratiques,
- promouvoir une dynamique pérenne.

> Définir une politique locale de santé

Il ne s'agit plus de définir une politique pour le centre municipal de santé mais de définir une politique locale de santé publique dont un des outils pourra être le centre municipal de santé.

> On passe d'une vision centrée sur une structure à une vision beaucoup plus large centrée sur un territoire.

> Partir des besoins des habitants et non des ressources

> Il ne s'agit plus de partir d'une structure établie pour savoir dans quelles mesures elle peut s'adapter, se réorienter. Il s'agit effectivement de partir des personnes, de leur bien-être pour voir, dans un second temps, comment la structure doit évoluer pour mieux y répondre.

> Centrer l'étude sur l'audit d'une structure aurait pu présenter différents risques :

- L'audit structurel est centré sur la structure (politique de la structure, de sécurité, de formation, etc.), les procédures développées (en terme de qualité des soins, de coordination, de continuité, etc.) et les résultats en terme de santé (santé réelle, perçue, satisfac-

tion) pour les usagers du centre.

Or, pour une commune gestionnaire d'un centre suffit-il d'améliorer le service rendu aux usagers du centre ou s'agit-il d'améliorer la santé de ses administrés, usagers ou non du centre ?

- A l'heure actuelle, les déficits structurels des centres sont courants. Un audit financier est donc souvent demandé. Or une approche strictement financière aurait abouti soit à la fermeture des services pour raison budgétaire soit à une réorientation des missions vers plus d'efficacité. Mais, une structure efficiente est-elle pour autant pertinente, répond-t-elle vraiment aux besoins et attentes de la population ?

- Enfin, l'audit est souvent vécu comme un contrôle et donc générateur d'angoisses pour les acteurs en place.

> Considérer la santé dans sa dimension globale

Considérer cette conception pour réaliser un diagnostic implique :

- de prendre en compte des indicateurs multiples (sociaux, sanitaires, éducatifs, environnementaux, économiques),
- d'impliquer différents secteurs d'activités et de renforcer la pluridisciplinarité,

- d'obtenir dans le cadre du diagnostic des propositions d'orientations dépassant largement le secteur sanitaire. Pour exemple, une des propositions faite par les personnes âgées pour préserver leur autonomie consiste à adapter la voirie et développer le réseau de transports (rénovation des trottoirs, renforcement du nombre de bancs, adaptation des transports en commun).

> L'audit centré sur la structure n'aurait pu considérer des propositions d'activité en dehors du champ sanitaire.

> Promouvoir une conception démocratique des pratiques

La démarche engagée vise à associer toute personne au maintien, à la préservation ou à l'amélioration de ■ ■ ■

SUITE PAGE 4-5

De l'audit... à un diagnostic local partagé ?

■ ■ ■ la santé (habitants, élus, professionnels).

Cette démarche, reposant sur l'implication des acteurs, est source d'échanges, de communication et de développement de nouveaux réseaux de partenariats :

- des partenaires découvrent les missions réciproques des uns et autres,
- des réseaux informels d'échanges se créent,
- l'orientation des habitants vers les structures pertinentes s'en trouve facilitée,
- le décroissement ville/centre de santé est en cours,
- le décroissement acteurs médicaux et sociaux se développe,
- l'implication de nouveaux partenaires institutionnels permet de reconnaître l'action de la ville et de la soutenir.

> Un audit impliquant les usagers aurait pu aussi avoir cet intérêt mais la dynamique communale installée va bien au-delà. Une soixantaine d'acteurs aux compétences et ressources différentes et complémentaires est actuellement mobilisée.

> Promouvoir une dynamique pérenne

Une telle démarche a pour intérêt, outre d'être analytique, d'être efficace puisque le diagnostic est réalisé avec les acteurs qui l'exploiteront.

Pour impliquer d'avantage les acteurs locaux dans ce travail, chaque étape est construite avec eux et le pilotage de deux des quatre groupes est d'ores et déjà assuré par des acteurs locaux. L'inscription dans le temps permet l'installation de ces gages de pérennité.

> De manière différente, un audit aurait aussi pu aboutir à une inscription dans le temps de part l'implication des acteurs dans le processus et la continuité des actions à engager.

**Contact : Dorothee Martin
Institut Renaudot - 01 48 06 6732**

Assemblée Générale 2003

L'assemblée générale de mars dernier nous a permis de mesurer le chemin parcouru par l'Institut ces dernières années. Constaté l'effet d'un important développement initié par la Charte et par les deux premières Rencontres « Croisement des pratiques communautaires autour de la santé », et en conséquence les très nombreuses sollicitations auxquelles nous sommes aujourd'hui confrontés. Le programme d'actions 2003-2005 dont vous prendrez connaissance se propose d'être une réponse aux besoins et aux attentes de notre réseau et de tous ceux qui veulent aller plus loin dans les pratiques communautaires.

L'Assemblée Générale a souhaité que l'Institut, dans sa nouvelle étape puisse rassembler à travers ses adhérents, son conseil d'administration, ses très nombreux interlocuteurs réguliers ou occasionnels, la plus grande diversité des acteurs de démarches communautaires en santé.

Si la Charte de l'Institut qui est largement reprise -jusqu'à Conakry !- joue toujours un rôle stimulant et contribue à la promotion du concept de santé communautaire, l'Assemblée Générale a insisté sur le fait qu'elle n'est pas pour nous une référence unique, mais reste une référence intéressante et actuelle, même si nous souhaitons collectivement la faire évoluer.

L'Assemblée Générale a débattu des contradictions que suscite le concept de santé communautaire, mal compris voire trop souvent encore mal accepté, mais contradictoirement de plus en plus repris soit pour qualifier des actions menées, soit dans les documents institutionnels les plus divers ; le travail d'explicitation à fournir par notre association reste donc d'actualité !...

L'ambitieux programme d'actions 2003-2005 que l'Assemblée Générale a discuté puis adopté, devrait offrir une palette d'initiatives au plus près des demandes, des souhaits que les participants des Rencontres de Grande Synthèse et d'Evry et nos interlocuteurs attendaient : des lieux et des moments de réflexion, des lieux d'échanges sur les pratiques, des offres de ressources en documentation, en formation. La discussion à l'Assemblée Générale a insisté sur les deux conditions majeures nécessaires à la réalisation de notre programme : un engagement militant, bénévole du plus grand nombre des adhérents, des adhésions nouvelles et nombreuses à notre association, et un soutien réel et conséquent des financeurs institutionnels. Comme exprimé en conclusion de l'Assemblée Générale, succès au programme 2003-2005 !

Le Conseil d'Administration

● La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés.

Institut National de Santé Publique – Québec – Avril 2002, 50 p.

Ce document aborde les valeurs d'humanité et de dignité qui sous-tendent le développement individuel et collectif et permet de clarifier les concepts, les rôles et les conditions favorables pouvant guider les pratiques et l'action à divers paliers de l'intervention en santé publique. En ce sens, il est un outil pour le développement sous de multiples angles, un outils de réflexion pour enrichir les pratiques de façon dynamique. Il rend accessible d'adoption et l'intégration de certains éléments de plus en plus actuels et pertinents pour améliorer les conditions et la qualité de vie des communautés, notamment avec les groupes vulnérables. Ces éléments de base sont : la participation,

l'empowerment, la concertation et le partenariat, la réduction des inégalités, l'harmonisation et la promotion des politiques favorables à la santé. (en consultation à l'Institut Renaudot ou voir le site www.msss.gouv.qc.ca).

Au sommaire de ce dossier :

- > La santé et ses déterminants,
- > Le développement social et le développement des communautés,
- > Intervenir en développement social et en développement des communautés : éléments incontournables,
- > L'action au niveau local, régional et national.

● Programme National de Santé Publique 2003-2012.

Québec www.msss.gouv.qc.ca

● Accord National destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

(parution au J.O. prévue courant avril 2003).

Extrait du préambule :

Les décrets du 15 juillet 1991 avaient permis de définir la place et le rôle spécifique des centres de santé dans le paysage sanitaire français, mais aussi de fixer les règles concernant leurs relations organisationnelles et financières avec les caisses primaires d'assurance maladie, sous la forme d'une convention-type.

Néanmoins, le cadre institué par les décrets de juillet 1991 a montré ses limites face à l'évolution du paysage sanitaire français au cours de ces dernières années. Tirant les conséquences logiques de cette situation, la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2000, dans son article 23, a défini la base légale permettant la conclusion d'un accord national entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes gestionnaires de centres de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a apporté certains compléments à cette première base légale.

Par le présent accord national, les parties signataires entendent donc rénover le cadre dans lequel s'exerce l'activité des centres de santé et s'établissent leurs relations mutuelles. Elles s'engagent en particulier à

respecter les principes suivants :

- > Liberté de choix de l'utilisateur,
- > Affirmation du rôle spécifique des centres de santé,
- > Promotion de la qualité des soins et mise en place d'une démarche d'évaluation,
- > Contribution des centres de santé aux évolutions du paysage sanitaire français.

Ce document de 80 pages, peut être demandé au Comité National de Liaison des Centres de Santé : cnlcs@wanadoo.fr

Contact : Natalie GRUER : 01 48 01 80 40

DU NOUVEAU

Association Nationale des Infirmiers de Santé Publique (ANIDESP)

Le 26 février 2002 a eu lieu un premier groupement national à l'initiative des infirmiers des DASS et DRASS. Il s'en est suivi la création de l'Anidesp, association loi 1901, apolitique et non syndicale, qui poursuit le but de valoriser l'exercice infirmier en santé publique. Cette association regroupe les infirmiers et infirmières s'intéressant à la santé publique quel que soit leur secteur d'activité.

Le 24 et 25 mars 2003 a eu lieu le 2ème colloque de l'association, "infirmiers de santé publique: un nouveau métier. bilan et perspective".

Pour plus d'information : site <http://www.anidesp.org>,

tel : Siège social DDASS des Yvelines

11 rue des réservoirs - 78007 VERSAILLES.

Contact : Présidente : Khadija Levillain au 01 30 97 73 00

2^È RENCONTRES
DE L'INSTITUT
27/28 septembre 2002

évaluer
évoluer

LES ACTES des 2^Èmes Rencontres « croisements des pratiques communautaires autour de la santé » sont désormais disponibles.

Les 2^Èmes Rencontres ont vu se succéder des temps de travail en atelier, autour de thématiques liées à l'évaluation et des séances plénières où différents intervenants ont pu présenter leurs démarches.

Au sommaire :

- > Les idées clefs des communications présentées et des débats qui ont suivi en atelier,
- > Le compte rendu des séances plénières,
- > l'ensemble des communications des intervenants,
- > Les rapports des différents ateliers.

Si vous souhaitez recevoir les actes, veuillez nous adresser une demande par courrier, fax ou mail, accompagnée de votre règlement :

Institut Renaudot - 40, Rue de Malte - 75011 Paris.

Tél / Fax : 01 48 06 67 32 - E-mail : renaudot@free.fr

Tarifs : 15 Euros - Participants aux Rencontres et Adhérents : 10 Euros

ÉVÈNEMENT

le premier

café santé

communautaire

mardi 17 juin 2003

à Paris

B U L L E T I N D ' A D H É S I O N

mme mlle mr

NOM

PRÉNOM

STRUCTURE

ADRESSE

VILLE CODE POSTAL

TÉL. PRO. TÉL. PERSO.

FAX FAX PERSO.

J'adhère à l'Institut Renaudot pour l'année 2002 :

ADHÉSION 30,5€ (200 F) ADHÉSION DE SOUTIEN 61€ (400 F)

J'adresse un chèque à l'ordre de l'Institut Théophraste Renaudot

Je m'abonne à la Lettre de l'Institut Renaudot (5 numéros/an) :

ABONNEMENT 7,62€ (50 F) ABONNEMENT DE SOUTIEN 30,5€ (200 F)

J'adresse un chèque à l'ordre de l'Institut Théophraste Renaudot

La lettre de l'Institut Renaudot, revue bimestrielle.

Association Loi 1901
organisme de formation agréée
n°11750702075.

Numéro de comission paritaire
en cours, dépôt légal : 1294 - 6052.

Directeur de la publication :

Marc Schoene

Rédacteur en chef :

Béatrice Lazrak

Comité de rédaction :

Béatrice Lazrak, Samia Mammer,
Marc Schoene.

Communication :

Samia Mammer

Impression : Addax Imprimerie

Graphisme/maquette : S. Ghinéa

Institut Théophraste Renaudot

40, rue de Malte 75011 Paris

Tél./Fax : 01 48 06 67 32

<http://renaudot.free.fr>

e-mail : renaudot@free.fr

