

### S O M M A I R E

- EDITORIAL  
**Actualité de la santé communautaire**  
Par Marc schoene
- PRATIQUES COMMUNAUTAIRES AUTOUR DE LA SANTÉ AU QUOTIDIEN  
**Les lettres vidéo : une action de promotion de la santé auprès des migrants**  
Travaux de Pascal Revault et Myriam Dione  
Synthèse Céline Mazars
- ACTUALITÉ  
**Les soins de santé primaires à l'ordre du jour**  
Par Philippe Lefevre et Marc schoene
- LA VIE DE L'INSTITUT  
**Bref regard sur le premier Café santé communautaire**  
Le comité d'organisation
- CENTRE DE DOCUMENTATION  
Samia Mammer
- AGENDA



# Actualité de la santé communautaire ?

Préoccupante, et en apparence contradictoire situation dans laquelle se trouve notre Institut !

D'un côté nous sommes de plus en plus sollicités, nos initiatives suscitent un intérêt sans cesse renouvelé, et d'un autre côté notre association est en sursis précaire si les financements sollicités auprès d'interlocuteurs divers pourtant fort attentifs et intéressés par notre programme d'activités, ne nous sont pas accordés.

Les animateurs de l'Institut, à partir de leurs convictions, de leur connaissance des problématiques de santé au niveau local, de l'importance qu'ils accordent aux approches pluridisciplinaires et à la participation active des usagers, ont développé divers outils et actions pour aider, accompagner, former, réunir les acteurs concernés par la santé communautaire.

Mais les initiatives déployées par l'Institut nécessitent des moyens pour se réaliser !

Apparente contradiction entre le manque de soutien financier au programme d'activités de l'Institut, et la nécessité repérée par les pouvoirs publics d'améliorer les réponses en santé au plus près des habitants!

Les exemples et les citations sont nombreuses qui insistent sur les sujets qui

sont au cœur du projet de l'Institut : participation des usagers, travail de proximité, décloisonnement intersectoriel...

Une circulaire du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées de santé, d'action sociale et médico-sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement est particulièrement illustrative de ces préoccupations. Extraits :

« Les grandes priorités sanitaires, sociales et médico-sociales retenues par le gouvernement, développement d'une politique de santé de proximité [...] doivent trouver leur traduction dans une approche davantage territorialisée des principales actions de santé. Les politiques nationales, régionales et départementales de nos ministères ne peuvent qu'être renforcées par des points d'appui locaux sur des territoires proches des usagers. [...] ».

« La mise en œuvre de projets locaux devrait permettre de mieux associer et de mieux responsabiliser les professionnels et les usagers, mais aussi de mieux prendre en compte la santé dans les projets de développement de ces territoires ».

C'est aussi le Ministre de la Santé, Jean François Mattéi, ■ ■ ■ SUITE P.4

## Les lettres vidéo : une action de promotion de la santé auprès des migrants

Le terme « migrant » désigne plus particulièrement en France « le travailleur originaire d'une région peu développée [...] expatrié pour trouver un travail mieux rémunéré » (*Le Petit Robert*, 1999) et fait écho aux relations historiques de domination avec d'anciennes colonies<sup>1</sup> », sans préjuger des raisons qui sous-tendent les migrations. Cette définition masque aussi les trajectoires individuelles. On constate par ailleurs que, « en matière de lutte contre le sida, la prévention et la prise en charge **se limitent souvent à l'utilisation d'outils d'éducation à la santé ou à l'administration d'un traitement qui ne questionnent pas les transformations à l'œuvre dans la société et la participation des individus concernés à la vie de la cité.** Les contradictions révélées par le sida au sein des dites « communautés » immigrées doivent pourtant être affrontées et la nécessité d'une médiation inter-individuelle ou d'animations collectives prend alors tout son sens [...]. Les professionnels du domaine social et de la santé doivent s'intéresser à la dynamique des projets migratoires : les échanges sont ainsi amenés à s'ouvrir au-delà du seul cadre sanitaire et social français<sup>2</sup> ».

C'est dans cette direction que le GRDR, une ONG de développement, travaillant depuis 1969 avec des immigrés originaires de la région de Kayes dans le bassin du fleuve du Sénégal a élaboré un outil de prévention des maladies transmissibles, les lettres vidéo, de 1997 à 2000 entre la France et le Mali. Cette première expérience est née de

la rencontre entre les autorités sanitaires de la Seine-Saint-Denis, préoccupées par la progression de la pandémie, des associations de ressortissants de villages de la région de Kayes vivant en Ile-de-France insistant sur la santé de leurs familles, restées au pays, mais également d'autres associations de solidarité internationales, des médecins de centres municipaux de santé, des assistantes sociales de secteur et des habitants de foyers de travailleurs migrants.

Après négociation et accords passés entre le GRDR, la Charte Santé (groupe de réflexion réunissant les associations de ressortissants villageois préoccupés de la construction et la gestion des centres de santé dans leurs villages d'origine) et l'AICS au Mali (Association inter centre de santé) qui fédère les 24 centres de santé suivis par le GRDR, le processus d'élaboration a été lancé.

**Le forum local**, composé de l'ensemble des acteurs concernés, se réunissant dans les locaux du GRDR à Montreuil, a élaboré sur le double espace de la migration des « formations-action » d'animateurs rémunérés associatifs autour des connaissances du VIH/sida et enjeux en santé publique, de la maîtrise de la vidéo, et de l'animation de groupes. Chaque fédération a choisi un coordinateur de prévention et deux animateurs par association villageoise. Au total, 14 personnes ont été ainsi formées (6 au Mali et en France, ainsi que les deux coordinateurs). L'élaboration des lettres vidéo commençait par des réunions où les

émetteurs de la lettre débattaient de la forme et du contenu. Le tournage était caractérisé par une absence de mise en scène et un discours libre. Enfin, le montage pouvait être considéré comme le moment crucial, car le choix des images à garder faisaient l'objet de nouveaux débats. Enfin, le résultat était validé par l'ensemble des partenaires et la lettre envoyée au village, qui y répondait.

**Il s'agissait de poser des questions sur les retentissements sociaux des messages de prévention élaborés, et de produire les réponses à ces questions**, par opposition à une démarche qui aurait privilégié le « devoir de santé<sup>3</sup> », à travers une contractualisation sur des objectifs communs.

Au total, sur les 3 villages concernés (Diboli, Gory Copela, Sadiola), neuf lettres-vidéos ont été produites (trois allers-retours, et trois réponses des migrants), ainsi qu'une lettre-vidéo synthèse. Les thèmes abordés concernaient le sida, les maux de ventre des femmes, les MST, la gestion des centres de santé, la prévention du choléra et des maladies diarrhéiques, la méningite et la rougeole.

Le bilan<sup>4</sup> a fait ressortir que la dimension locale (échanges entre les villages et les associations de ressortissants), permet une meilleure appropriation de l'information du fait que ces personnes s'identifient plus aux interlocuteurs quand ceux-ci sont proches. De même, le mode d'élaboration collective qu'induit la lettre vidéo favorise un processus décisionnel validé par l'ensemble de la communauté. Conçu et réalisé par et pour la population, cet outil permet une libération de la parole, et le mode de communication oral, dans les langues d'origine, en augmente la pertinence. En outre, il est caractérisé par une grande capacité de mobilisation pendant les débats préalables, le

tournage, et les discussions lors de la diffusion. Enfin, en permettant un dialogue entre personnes éloignées géographiquement, il répond à une réalité de la migration malienne.

Les limites concernent l'investissement matériel financier et humain nécessaire à sa réalisation. De plus, l'élaboration étant basée sur un consensus, la négociation permanente qui préside à sa réalisation, nécessite une maîtrise des enjeux. Ainsi, un mauvais repérage peut induire une lettre dont le contenu du message serait contradictoire et par conséquent difficilement interprétable par les destinataires. Outil basé sur interpellation entre communautés, caractérisé par une certaine familiarité entre les différents interlocuteurs et les destinataires, il est parfois difficile de trouver un équilibre entre le niveau de confidentialité suffisant pour que le message soit pris en compte et une ouverture assez large pour que sa diffusion puisse être généralisée. Avant tout outil de prévention qui délivre des messages élaborés par les populations concernées, il peut aussi être considéré comme un outil de diagnostic, première étape avant la mise en place d'actions de prévention, ou un outil d'évaluation qui souligne les effets d'une action. Enfin, le mode de financement à travers le GRDR a produit de l'ambiguïté sur les relations entre partenaires, et a débouché sur des formations de conception de projets (expertise non partagée au départ).

**Au final, les lettres ont donné à voir du sens pour les partenaires du projet.** Elles ont révélé les difficultés familiales et sociales posées par la situation des couples séparés par la migration, dans un contexte de polygamie, donc en premier lieu des relations entre hommes et femmes. Ces lettres ont débouché sur l'écriture d'une fiction autour de la rencontre entre prise en charge d'une

personne découvrant sa séropositivité en France et mariages forcés.

S'inspirant de ce travail, de nouvelles lettres vidéos ont été conçues entre la France et la Belgique avec des immigrés plutôt originaires de l'Afrique centrale et dans un contexte migratoire différent. Cette seconde expérience, initiée par le GRDR et le Sireas entre 2000 et 2002 dans le cadre du Partenariat Européen entre communautés africaines et acteurs de santé, a reposé sur l'investissement de relais santé migrants en Belgique et d'associations de migrants africains travaillant sur la prévention du VIH en France (AISFAS et Afrique Avenir). L'échange entre les lettres produites en Belgique et en France a permis un diagnostic des difficultés posées par la maladie au sein des communautés, mais aussi des difficiles relations entre migrants et services de santé. **La vidéo a permis de souligner des dysfonctionnements, des discriminations, de proposer des aménagements, qui n'étaient pas formulés auparavant.**

Le Siréas en Belgique a réutilisé ce concept pour amorcer un dialogue entre patients et équipes soignantes d'un hôpital, afin de pallier au déficit de communication et permettre une meilleure prise en charge.

On peut ainsi remarquer que, quels que soient les objectifs, cet outil intervient toujours dans un contexte de déficit de communication entre deux groupes. Dans le projet concernant les migrants maliens, il s'agit de communautés séparées géographiquement et dont les moyens de communication sont réduits. Dans les deux autres expériences, c'est la difficulté que rencontrent les soignants et les patients migrants à échanger les codes de leur propre culture. La prise en charge quotidienne des personnes vivant avec le VIH/sida confirme **cette nécessité d'articuler non**

**seulement le soin avec la prévention** d'une part, mais également **les pratiques des professionnels de santé et du social, l'accès aux droits des personnes, avec les nécessaires évolutions sociales au sein des groupes.**

Finalement, les exemples de familles séparées, dont certains membres ont accès au traitement ici en France et ne peuvent pas en faire bénéficier leur conjoint ; la question de la continuité des soins et du traitement lors de déplacement dans leur pays d'origine des personnes vivant avec le VIH, mais aussi l'aggravation de la pandémie au niveau mondial, **nécessitent de dépasser le paradigme des pays industrialisés**, cherchant à se protéger de la contamination et peu solidaires avec les pays mis en grande difficulté par la progression du nombre de personnes touchées par le VIH. Le travail sur le double espace de la migration répond ainsi non seulement à une nécessité de santé publique, mais aussi à exigence éthique de solidarité, basée sur la complémentarité.

Synthèse réalisée par  
**Céline Mazars, GRDR,**  
d'après les travaux de  
**Pascal Revault et Myriam Dione.**

<sup>1</sup> *Migrants/Etrangers et VIH*, in *Prise en charge des personnes infectées par le VIH*, recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Professeur JF Delfraissy, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Médecine-Sciences Flammarion, 2002, pp. 309-310.

<sup>2</sup> *Idem.*

<sup>3</sup> *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, sous la direction de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, Balland, 2002, p. 352.

<sup>4</sup> *Les Lettres-vidéo : bilan d'une action de promotion de la santé auprès de migrants maliens et leurs villages d'origine du Mali*, Dione Myriam, Mémoire de DESS en Santé Publique, Université Xavier Bichat, Paris VI, GRDR.

■ ■ ■ s'exprimant dès novembre 2002 sur la future loi quinquennale de santé publique, qui déclarait : « le témoignage et l'expérience des acteurs, leurs attentes, l'identification des difficultés auxquelles ils se heurtent, le repérage de solutions originales inventées sur le terrain sont également des éléments importants pour moi ».

Malgré sa trop récente prise en compte en France, la santé communautaire est aujourd'hui en développement, et des textes officiels de plus en plus nombreux y font positivement référence.

Dans un contexte actuel de débat, parfois conflictuel, sur les orientations, les stratégies en matière de santé publique, nous nous attacherons à expliciter, toute l'importance, tout l'intérêt, et toute la nécessité —pour atteindre les objectifs d'amélioration de la santé annoncés par les pouvoirs publics— d'encourager les pratiques de santé communautaire.

Nous continuerons à contribuer, avec les compétences et les outils que nous avons réunis, et sous réserve d'en avoir les moyens, à la promotion de la santé communautaire, stratégie pertinente de promotion de la santé.

Marc Schoene

# Les soins de santé primaires à l'ordre du jour

(maisons médicales, centres de santé...)

L'Institut Renaudot a depuis des années multiplié des initiatives sur un des champs de son intervention en promotion de la santé que sont les soins de santé primaires. Nous avons ainsi produit une fiche de synthèse pour le dossier médical, un cahier des charges pour l'informatisation du dossier médical, animé en septembre dernier avec le centre de santé d'Evry, un séminaire sur les soins de santé primaires. Nous avons organisé de nombreux ateliers sur le sujet, notamment lors des congrès des centres de santé. L'Institut, en tant que branche française, participe, au sein du Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaires, depuis sa création à la réflexion sur les évolutions des pratiques de santé ambulatoires, et particulièrement les soins de santé primaires, les maisons médicales, les centres de santé. De nouveaux projets de recherche partenariaux sont en cours d'élaboration.

Depuis longtemps concrétisées à travers les maisons médicales, les centres de santé ou les centres locaux de services communautaires (France, Belgique, Québec, Espagne...), **la question de l'évolution des pratiques de santé est posée de façon nouvelle en France**. A travers le récent accord national entre caisses d'assurance maladie et centres de santé, ou dans des préconisations aussi diverses que celles du Haut Comité de santé publique, du comité scientifique de la

CNAM, du CREDES, du syndicat de généralistes MG France, pour n'en citer que les principales, les concepts de maison médicale ou de centre de santé sont proposés, étudiés ou même récemment créés pour répondre aux attentes diverses des citoyens, de la société ou des professionnels. En réponse à des situations conjoncturelles (désertification, insécurité, épuisement des systèmes de garde), des maisons de permanence de soins parfois aussi appelées maisons médicales se créent ici ou là.

Ce bouillonnement ne pourrait que nous ravir, nous qui à l'Institut avons toujours appelé à l'évolution des pratiques et du système de santé plus conformes aux besoins des citoyens. **Mais il est important de regarder de près ce qui se joue.**

Des initiatives diverses, auxquelles notre Institut est associé, sont en gestation pour préciser les contenus, les conditions de faisabilité de ces formes soit nouvelles (maisons médicales) soit transformées (centres de santé) d'organisation des soins de santé ambulatoires.

Les travaux déjà menés par l'Institut (colloques du secrétariat européen, séminaire d'Evry, centre de documentation, dossier médical informatisé, fiche de synthèse) seront autant d'éléments mis à la disposition des partenaires engagés dans les réflexions prochaines.

**Nous nous contenterons dans le cadre de cet article d'informations sur l'actualité nouvelle des soins de santé primaires de citer quelques textes ou références qui contribuent à nourrir le débat et les initiatives d'évolution du système de santé.**

**> Le Conseil scientifique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie propose quelques Premières recommandations de son groupe de travail soins primaires (Réunion du 20 décembre 2000) :**

« On proposera ici de définir les soins primaires comme les activités de professionnels de santé de proximité, inscrivant leurs actions dans la durée et la permanence.

Ces actions de santé comprennent le diagnostic des pathologies, la mise en œuvre de traitements appropriés de première instance, le suivi des pathologies chroniques, en complémentarité avec les spécialistes, notamment hospitaliers, ainsi que la préservation de la santé par toutes mesures de prévention nécessaires.

Ainsi définies, les soins primaires impliquent au niveau individuel toutes les activités d'accueil, de suivi, de coordination et de permanence de soins nécessaires à la qualité et au succès de ceux-ci.

À l'échelle de groupe de pathologies ou de populations, les soins primaires devraient en outre inclure toutes les fonctions relevant de la santé publique et de la prévention organisée, comme la surveillance sanitaire au niveau des communautés, une partie des activités de médecine scolaire et de la médecine du travail, et comme les tâches d'éducation sanitaire et de conseils individualisés.

La médecine générale apparaît clairement comme étant au cœur du dispositif de soins primaires, quel que soit l'avenir du développement des "réseaux" et "filiales" ».

**> Dans son rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires (CREDES). - octobre 2000**

**Quel système de santé à l'horizon 2000 ?  
Le CREDES note :**

« Le développement des coordinations sous forme de réseaux n'est pas forcément exclusif d'évolutions vers une plus grande intégration, avec des cabinets de groupes multidisciplinaires incluant d'autres professionnels, qui est sans aucun doute aussi une figure de l'avenir à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays développés.

Un débat existe d'ailleurs sur les avantages comparés de ces deux modalités, coordination et intégration. La voie de l'intégration est assez présente dans les contributions régionales, qui sont nombreuses à proposer des maisons de santé regroupant physiquement les services souhaitables. »

**> Le rapport 2001 de la Conférence nationale de santé précise :**

« Sur le territoire, base de l'organisation des services de santé, une double tension existe :

- d'une part entre la diversité, qui appelle des solutions relativement différentes selon les divers types de territoires, et la nécessité d'équité d'accès qui suppose des règles communes,
- d'autre part entre proximité humaine des services, et regroupement nécessaire à la sécurité et à la qualité technique, avec des professionnels plus qualifiés et expérimentés.

À terme, le maintien des services de santé implique une organisation plus collective via des réseaux avec les niveaux de référence supérieurs, des systèmes de permanences tournantes (urgences) ou des maisons de santé dans certains endroits. Cette question renvoie à l'installation des services de médecine générale en tout point du

territoire, quelles que soient les logiques d'installation des médecins ».

**Les quelques extraits suivants du récent accord national entre caisses d'assurance maladie et centres de santé précisent les contours attendus pour ces structures.**

Pratiques spécifiques et organisation des soins dans les centres de santé :

- Le travail en équipe entre professionnels de santé.
- La concertation organisée entre gestionnaires et professionnels de santé [...] constituent le fondement de la pratique des centres de santé.
- Cette pratique permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins de santé.
- L'unité de lieu permettant la cohérence des interventions.
- Le dossier médical commun.
- L'organisation de la permanence et de la continuité des soins.
- La possibilité d'échanges permanents, entre omnipraticiens médecins spécialistes, et auxiliaires médicaux.
- La participation des assurés ou de leurs représentants, à l'élaboration du projet sanitaire de l'organisation gestionnaire. Les centres de santé évaluent leurs pratiques sur la base d'indicateurs élaborés conjointement par les parties.

Une organisation encore plus précise et différente est proposée dans le cadre d'une option spécifique prévoyant notamment la désignation par l'assuré d'un médecin généraliste coordonnateur, la mise en place d'un document médical de synthèse tenu par l'équipe médicale du centre de santé grâce à une organisation pluridisciplinaire. La participation à la permanence et la continuité des soins, ■ ■ ■ SUITE P.6



SUITE PAGE 4-5

## Les soins de santé primaires à l'ordre du jour

■ ■ ■ le développement d'une approche globale du patient intégrant la prévention, l'élaboration d'un plan de soins pour les malades en ALD (Affection longue durée), des réunions de concertation sur la prise en charge médicale du patient.

Ces quelques citations sont loin d'être exhaustives. De nombreuses propositions ou formules de regroupements professionnels circulent, se construisent. Le débat, les transformations sont bien engagées.

### Notre Institut y apportera sa contribution, et particulièrement sur les quelques questions suivantes :

1. Conditions d'une approche et d'une offre globales de santé (soins, prévention).
2. La place des usagers.
3. L'accessibilité aux soins et à la prévention.
4. La proximité.
5. La qualité.
6. La continuité.
7. Le travail en réseau, filière, coordination.
8. La permanence des soins.
9. La composition des soins de santé primaires.
10. Le regroupement des moyens.
11. Le travail en équipe :
  - > définition des objectifs de l'équipe,
  - > moyens pour permettre le travail en équipe (dossier commun, fiche de synthèse...),
  - > actions (soins, prévention, éducation) définies et mises en œuvre.
12. La prévention individuelle.
13. La prévention collective.

# Bref regard sur le premier Café santé communautaire



Ce n'est pas sans certaines appréhension et émotion que l'équipe de l'Institut attendait le premier Café santé communautaire lancé à Paris le 17 Juin 2003.

Ce sont près de 40 personnes qui avaient répondu à l'invitation tout à la fois lancée par nos modes d'information habituels et par quelques affiches disséminées dans le quartier.

Beaucoup de professionnels de santé, quelques professionnels de champs les plus divers, quelques rares habitants, et les clients habituels du café « Le Cristal » qui avait eu la gentillesse de nous accorder ses locaux.

Le besoin d'échanger, de mieux comprendre ce qui se cache dans ce terme décidément peu diffusé de « santé communautaire », mais aussi

de parler de bien des sujets de santé, témoigne de l'utilité de lieux de paroles et d'échanges sur la santé. De ce point de vue, nous sommes tous ressortis bien décidés à poursuivre l'expérience.

Mais le premier Café a aussi montré les efforts qui restent à faire pour que chacun, (spécialiste en santé, professionnel d'autres champs, habitants) trouve sa place dans des discussions sur la santé. Nous ne manquerons pas de faire une évaluation rigoureuse de ce lancement, et de proposer pour les prochaines étapes de développement des Cafés santé, des modalités les plus conformes à notre projet : multiplier les lieux d'échanges sur la santé.

À bientôt pour la suite...

**Le comité d'organisation**

### ○ Les Ateliers santé ville. Expérimentation en Seine-Saint-Denis.

Dir. Michel JOUBERT,  
Chantal MANNONI.  
Saint-Denis : Profession Banlieue,  
2003 (Les rencontres  
de Profession Banlieue).  
151 p. - 18,50 Euros.

Une série d'ateliers s'est tenue de septembre à décembre 2001 et ont réuni 80 professionnels et élus travaillant sur quinze des villes en contrats de ville du département.

**En 5 chapitres, ce document décrit les différentes préoccupations retenues dans la mise en place du dispositif Ateliers santé Ville :**

- > Diagnostic participatif, observatoire, indicateurs.
- > La participation des habitants aux actions de santé. Intérêt, faisabilité, outils, usage.
- > Quels territoires pertinents pour les actions de santé ? Quartiers, ville, intercommunalité ?
- > La place de l'évaluation dans les démarches locales de santé. Quel référentiel d'évaluation pour les Ateliers santé ville ?
- > Professions, acteurs et compétences en santé publique. Compétences professionnelles impliquées dans les Ateliers santé ville.

### ○ Rapport annuel 2003 de l'IGAS\* : santé, pour une politique de prévention.

Paris : La Documentation française, 2003 - 399 p.  
(téléchargeable sur le site : <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>)

**Au sommaire de ce rapport qui comprend 4 parties :**

#### > 1<sup>ère</sup> partie : Des enjeux d'importance et de complexité croissantes

- 1/ Les problèmes de santé publique actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention
- 2/ La promotion de la santé devient une préoccupation internationale
- 3/ La prévention se prête mal aux modes d'action publique traditionnels
- 4/ Les problèmes éthiques posés par la prévention

#### > 2<sup>ème</sup> partie : Une place subsidiaire dans le système de santé français

- 1/ Le système de santé français est centré sur l'offre de soins
- 2/ Des compétences enchevêtrées
- 3/ La crise de la médecine préventive
- 4/ Le rôle et la formation des médecins en prévention sont mal appréhendés
- 5/ Les faiblesses de la recherche et de la surveillance

#### > 3<sup>ème</sup> partie : Des modes d'intervention trop cloisonnés

- 1/ Un processus national de programmation en mal de continuité
- 2/ La dynamique régionale a parfois été entravée par les rigidités centrales

- 3/ Les politiques de prévention peinent à mobiliser les acteurs
- 4/ La politique de prévention est à la recherche de nouveaux cadres d'intervention

#### > 4<sup>ème</sup> partie : Pour une politique de prévention durable et partagée

Principe d'action :

- Fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité, et de participation
- Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales
- Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plus que de la spécialisation
- Définir des sphères de responsabilités cohérentes et non étanches
- Concentrer l'action de l'État central sur ses missions de stratégie et de garant de l'intérêt général
- Renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention

\* Inspection générale des affaires sociales

### ○ Les espaces santé jeunes. Spécificité et pertinence des pratiques professionnelles.

Paris : Fondation de France, 2003 (Collection Pratiques).

A travers son programme santé des jeunes, la Fondation de France a depuis 1997, participé à la création d'une trentaine d'espaces santé jeunes. Lieux d'accueil, d'écoute, d'information, d'évaluation et d'orientation, complémentaires des services traditionnels et animés par des équipes qualifiées, les espaces santé jeunes sont destinés à faciliter l'accès des jeunes aux services de prévention et de

soin existants.

Document pédagogique, cet ouvrage permet de faire connaître et valoriser auprès d'un large public de professionnels de la santé, du social, de la justice et de l'éducation, les enseignements tirés de plusieurs années d'expérimentation d'un programme de création d'espaces santé jeunes, initié par la Fondation de France. Cette publication est destinée aux

professionnels des organismes qui créent, animent ou soutiennent dans le domaine de la santé, des services d'information, d'aide et d'accompagnement des jeunes. L'objectif de la Fondation de France est de leur proposer des repères et référentiels sur les modalités de fonctionnement et pratiques professionnelles à l'œuvre dans les espaces santé jeunes.

Ces formations et ateliers d'échanges de pratiques organisés par l'Institut se dérouleront à Paris. Elles peuvent être prises en charge dans le cadre de la formation continue.

## FORMATION A L'EVALUATION DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES EN SANTE

**Dates :** 6 jours, de novembre 2003 à février 2004  
24 et 25 novembre, 8 et 9 décembre, 19 janvier, 6 février.  
**Inscription :** Institution : 920 € - Individuel : 310 €

## INITIATION A LA DEMARCHE COMMUNAUTAIRE

**Dates :** 6 jours d'octobre à décembre 2003  
2 et 3 octobre, 6 et 7 novembre, 4 et 5 décembre.  
**Inscription :** Institution : 920 Euros - Individuel : 310 Euros.

## LES ATELIERS D'ECHANGES DE PRATIQUES

**Dates :** 5 séances (14h30 - 16h30),  
de septembre 2003 à janvier 2004.  
16 septembre, 14 octobre, 18 novembre, 16 décembre  
et 13 janvier 2004.  
**Inscription :** Institution : 200 € - Individuel : 150 €

**Renseignements et inscriptions :**  
Samia Mammer : 01 48 06 67 32

## UNIVERSITÉ D'ÉTÉ

### QUELS ATOUTS ET QUELS OBSTACLES POUR DES POLITIQUES LOCALES DE SANTE ?

avec la participation de Madame Nicole Maréchal Ministre de la Santé et l'aide à la jeunesse en Communauté française de Belgique.  
**Date :** Le samedi 20 septembre 2003  
au Château de Saint-Ouen  
9 h 30 - 17 h 30

**Inscription :** Institution : 70 Euros  
Individuel : 40 Euros.

**Programme sur demande à l'Institut Renaudot.**

## 3<sup>È</sup> RENCONTRES DE L'INSTITUT

Les 3<sup>èmes</sup> Rencontres « Croisement des pratiques communautaires autour de la santé » se dérouleront les 11 et 12 Juin 2004 à Mulhouse sur le thème : Place et relations des acteurs en santé communautaire, un nouveau partage des pouvoirs...

## BULLETIN D'ADHÉSION

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 2003 :

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

Rédactrice 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](mailto:renaudot@free.fr)