

Août 2020

BULLETIN NUMÉRO 41



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

**EDITION SPÉCIALE COVID-19:
Les Internes de Santé Publique
au coeur de la crise**

CLiSPro 2020

SOMMAIRE

- P03 - Éditorial de la Présidente
- P05 - Présentation du bureau 2019-2020
- P06 - Dossier Covid-19
- P42 - Articles Intervenants CLiSPro

ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

Chers lecteurs, co-internes et amis,

Nous voici à la fin d'un mandat, et quel mandat! Entre un été caniculaire, un automne de revendications et de grèves, finissant par un hiver et printemps en crise sanitaire, nous avons vécu une année imprévisible! L'équipe du CLiSP a néanmoins tenu le cap et s'est mise à votre service tout au long de ce mandat pour répondre à vos questions, sollicitations, et continuer à créer du lien entre les internes.

RETOUR SUR QUELQUES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Dans la continuité des bureaux précédents, nous avons suivi la mise en place de la R3C : en étant à l'écoute des problématiques des subdivisions, en réalisant une enquête sur la mise en place des FsT, et en suivant les avancées de la phase de consolidation. Le dossier option administration de la santé a bien progressé, et l'EHESP ouvre ses portes en novembre 2020 pour former les 4 premiers internes, je leur souhaite une belle réussite! Nous vous avons proposé des sessions d'information sur l'option administration de la santé et la FsT médecine scolaire, ces réunions ont été riches en échanges et très appréciées par les participants. Un suivi de la qualité des cours SIDES a aus-

si été réalisé, et nous avons fait remonter les améliorations à apporter. Dans les gros travaux, il y a eu aussi le nouveau site internet et la newsletter, vos chargés de com' et webmaster ont été plus que professionnels et je les en remercie! Enfin le CLiSP a tenu son stand lors de l'EPH Conférence de l'EUPHA. De nombreux internes se sont retrouvés lors de cet évènement. Les liens avec la SFSP ont d'ailleurs permis aux internes de s'exprimer dans le journal « sur le pont » qui était publié chaque jour par la SFSP.

CLISPRO DÉMATÉRIALISÉ #WEBINAIRE

Notre CLiSPro en version webinaire est une première, et nous espérons qu'il a été à la hauteur des attentes. Toute l'équipe organisatrice a pris le soin d'organiser cet événement avec autant d'attention que les années précédentes et autant de qualité que s'il se tenait en présentiel. Et, heureusement, la technique a suivi! La formation des internes étant une priorité au CLiSP, nous avons choisi deux types d'interventions, celles en lien avec la construction du parcours professionnel et celles en lien avec la crise que nous traversons. Communication en temps de crise, vulgarisation scientifique, et utilisation de l'e-santé lors de la crise sont autant de sujets à approfondir



en tant que futur médecin de santé publique, ayant un rôle indispensable dans la gestion de crise.

Nous vous donnons RDV pour le CNISP à Lyon du 7 au 9 octobre, dans la joie de se retrouver tous ensemble!

LES INTERNES AU CŒUR DE LA CRISE

Ce bulletin est lui aussi un peu exceptionnel, comme la crise, car il a pour but de couvrir la majorité des facettes jouées par les internes de santé publique face à cet évènement. Nous avons recueilli des témoignages d'internes ayant eu des missions en lien avec la COVID-19 dans différents domaines d'expertise et à des niveaux de décision variés, ou en contact direct avec des populations. Ce bulletin vous rend

donc, d'une certaine manière, un hommage, vous qui avez travaillé au pied levé, renforcé des équipes, télé-travaillé sans compter vos heures, au service de la santé publique. Chacun a, à sa façon, apporté son aide dans la gestion de cette crise. Les témoignages d'internes sont un gage de l'apport de notre spécialité à la gestion de la crise, qu'il s'agisse d'une aide en terme de bibliographie, de recherche clinique, ou de l'aspect terrain, avec la mise en place de centre de dépistage et l'appui à la santé communautaire.

LE CLISP SE RENOUVELLE

Malgré une fin de l'année qui s'est déroulée dans l'incertitude, avec le bouleversement dans les activités habituelles du CLISP, c'est une joie de voir qu'une nouvelle équipe s'est constituée pour prendre la suite des activités du CLISP. L'associatif est un terrain de formation formidable. Chaque membre du bureau a progressé tout au long de l'année, et tous ressortent grandi de cette expérience. Je remercie chaleureusement tous les membres du bureau 2019-2020, volontaires, autonomes et très professionnels! Ce fut un plaisir de travailler avec vous, ainsi que tous les membres du collège.

Je souhaite bon vent à la nouvelle équipe.

PRÉSENTATION DU BUREAU 2019-2020

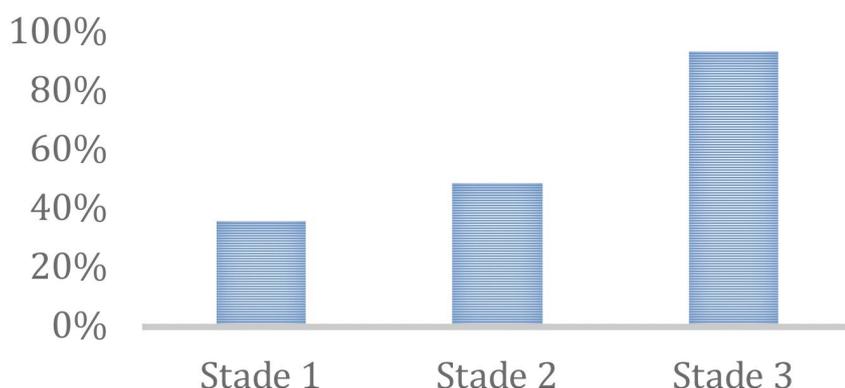


Sur la photo, de gauche à droite: Laure-Marine Houel, Cécile Longchamps, Magali Koczorowski, Alice Vabre, Sixtine de Lafforest, Tifenn Clabaut, Laura Arles, Vincent Max, Maxime Ramsay, Marie-France Malcher et David Peyre-Costa

- **Présidente** : Sixtine de Lafforest
- **Vice-Président** : David Peyre-Costa
- **Secrétaire-général** : Vincent Max
- **Trésorière** : Laura Arles
- **Vice-secrétaire chargé de l'évènementiel** : Maxime Ransay
- **Vice-secrétaire déléguée aux affaires nationales** : Laure-Marine Houel
- **Chargée de coordination avec les représentants des subdivisions** : Cécile Longchamps
- **Webmaster** : Lionel Moulis
- **Chargée de communication** : Marie Ansoborlo
- **Rédacteur en chef du bulletin** : Jonathan Allouche
- **Chargée de relation avec EuroNet MRP** : Alice Vabre
- **Chargée de mission Actualités** : Caroline Masurel

EPIDÉMIE DE COVID-19 : LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE AU CŒUR DE LA CRISE

MOBILISATION PAR STADE¹



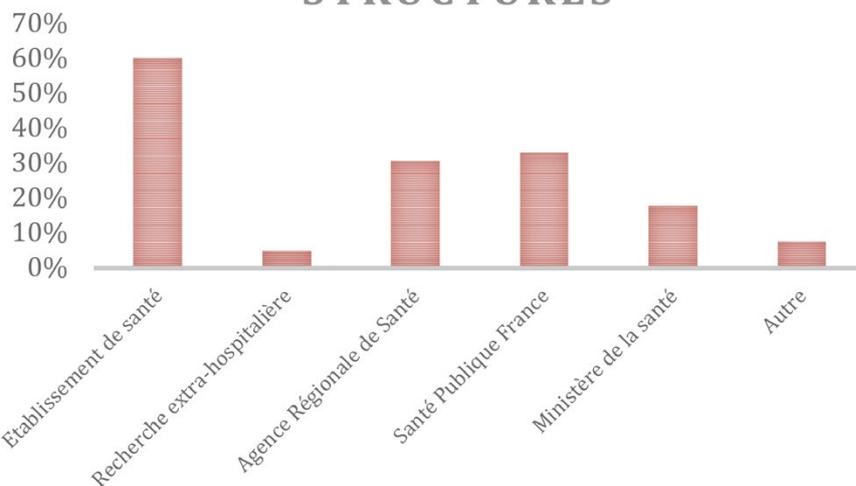
Epidémiologie, prévention, organisation des soins, recherche thérapeutique, évaluation de l'impact des mesures de contrôle de l'épidémie... La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 que nous vivons a dès janvier mobilisé les internes de santé publique, en commençant par les internes des régions les plus touchées qu'étaient l'Île-de-France et le Grand-Est, sur leur lieu de stage et/ou en renfort sur d'autres structures grâce au déploiement des internes volontaires par les associations locales d'internes en santé publique, la coordination de DES ou la réserve sanitaire.

Sur les 99 internes de santé publique ayant répondu à un questionnaire du CLiSP diffusé de mars à juin, 78 ont été impliqués dans la réponse à l'épidémie de COVID-19 pendant plusieurs semaines entre janvier et mai. Si les internes de santé publique parisiens sont

sur-représentés (plus de 40% des répondants), à la fois compte tenu du nombre plus important d'internes par promotion ainsi que de la situation épidémiologique en Île-de-France, les internes de 20 autres subdivisions ont également répondu avoir été mobilisés.

Ainsi, plus de la moitié des internes de santé publique ayant répondu au sondage ont pris part à la gestion de la crise dans les établissements de santé, que ce soit dans les cellules de crise des hôpitaux, les départements de santé publique des CHU, les équipes opérationnelles d'hygiène, les départements d'information médicale, les cellules de dépistage ou les cellules éthique de soutien spécifiques au COVID. Certains sont également venus renforcer les centres de régulation

STRUCTURES



¹ Stade 1 : avant le 29 février 2020

Stade 2 : entre le 29 février et le 14 mars 2020

Stade 3 : après le 14 mars 2020

des appels d'urgence 15 et des plateformes de téléconsultation ainsi que les équipes des services de soins (maladies infectieuses, urgences).

Environ 30% des internes de santé publique ont eu durant cette période une activité de recherche au sein des départements de recherche clinique et épidémiologique hospitaliers ou au sein d'unités de recherche en santé publique extra-hospitalières.

Plus d'un tiers des internes ont été mobilisés par Santé Publique France, au niveau des Directions régionales ou du siège ; et plus de 40% des internes de santé publique franciliens ayant répondu au questionnaire ont participé au ren-

fort des équipes du Ministère de la Santé.

Enfin, d'après les réponses au sondage, certains internes ont également été impliqués dans la réponse à l'épidémie dans les services de santé universitaires, les caisses de sécurité sociale et les conseils départementaux.

Dans ce bulletin, des internes de santé publique vous livrent leur témoignage et partagent leur expérience de cette crise, aussi enrichissante qu'éprouvante pour notre spécialité et qui questionne la place de la santé publique et le rôle du médecin de santé publique dans notre système de santé.

Cécile Longchamps

PRÉSENTATION DU PÔLE “OPÉRATION” DE LA DGS AU COURS DE LA CRISE

A partir du lundi 3 février 2020, j’ai été mobilisé au sein du Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) dans le cadre de la crise de la COVID-19.

J’ai d’abord passé un mois au CORUSS, 1er bureau de la sous-direction de Veille et de Sécurité Sanitaire (VSS) au sein de la Direction Générale de la Santé (DGS), où j’ai été affecté à la surveillance épidémiologique, et en particulier à la gestion du cluster des Contamines-Montjoie. Il s’agit du premier cas groupé détecté en France. Pour plus de détails : <https://academic.oup.com/cid/article/doi/10.1093/cid/ciaa424/5819060>.

Personnellement, c’est à ce moment là que j’ai pris conscience de la gravité potentielle de l’épidémie, dans la mesure où, contrairement au SRAS et au MERS, la symptomatologie semblait plus hétérogène, et surtout peu corrélée au niveau de contagiosité des patients, entravant de fait la possibilité de casser des chaînes de transmission par une identification exhaustive des cas.

PÔLE « OPÉRATION » : CLUSTERS ET ÉVACUATIONS SANITAIRES

Je suis revenu mi-mars au Ministère au sein du Centre de Crise Sanitaire (CCS), fruit d’une réorganisation de la sous-direction VSS pour faire face à l’épidémie. Le fonctionnement du CCS reposait sur des “pôles”, créés et dissous au fur et à mesure pour s’adapter en permanence aux exigences opérationnelles de la crise. D’anciens membres de la VSS, ainsi que des agents issues d’autres directions du ministère ou même d’autres ministères sociaux (enseignement supérieur, travail, etc.) sont venues renforcer le dispositif. Certaines équipes du ministère de l’intérieur ou de Matignon ont également été mobilisées pour appuyer le CCS. Pour ma part, j’ai intégré le tout nouveau pôle “Opérations”, en charge de gérer les situations complexes. Ce cadre général assez vague s’est vite concrétisé, et notre équipe était en charge notamment de deux types de situations : l’appui à la gestion de clusters complexes, et la coordination des transferts de patients entre les différentes régions.

Pour ma première mission au sein de ce nouveau pôle, j’ai été affecté, en lien avec l’ARS Occitanie et d’autres acteurs, à la gestion d’une cinquantaine de cas parmi une



communauté de gens du voyage à Perpignan. J’ai également suivi plusieurs autres situations du même type, et notamment sur des bateaux de croisière, avec plusieurs milliers de personnes confinées à bord. J’ai par exemple été chargé, en lien avec l’ARS des Pays-de-la-Loire, du suivi de la situation du Celebrity Apex sur le chantier naval de St Nazaire, où des cas se sont déclarés alors que le navire venait d’être inauguré.

Mais dès la fin mars, l’essentiel de notre travail consistait à coordonner l’évacuation de centaines de patients COVID+ de réanimation, intubés et ventilés, entre différentes régions. Afin d’éviter la saturation des services de réanimation dans le Grand Est, en Ile-de-France, en Bourgogne-Franche-Comté et en Corse, plusieurs opérations de

grande ampleur ont été menées pour évacuer les patients dans les régions les moins touchées. Ces évacuations se sont faites par camion (SMUR), bateau, train, avion, ou hélicoptère. Ces différents vecteurs, militaires, civils publics et privés, ont été mobilisés rapidement. Ils ont été “armés” par différentes équipes hospitalières, de SAMU, des médecins militaires, ou encore de la réserve sanitaire. En Ile-de-France, où près de 150 patients ont été évacués vers l’Ouest et le Sud de la France entre le 1er et le 4 avril, l’aéroport d’Orly (fermé en raison de la crise) s’est transformé en centre d’évacuation sanitaire (CME). Des norias de camions amenaient les malades sur le tarmac, et ceux-ci étaient ensuite transférés par hélicoptère et avion vers les hôpitaux de destinations. Cette opération est inédite dans le monde par son ampleur (plus de 650 patients déplacés sur de longues distances en quelques semaines) et la diversité des moyens employés.

CRÉATION DU DISPOSITIF NATIONAL DE « CONTACT TRACING »

A partir de mi-avril, grâce notamment au confinement, la tension sur le système hospitalier décroît peu à peu. Afin de préparer la suite, une “Task Force Déconfinement”, avec le renfort d’autres agents issus de divers ministères, est créée au sein de la VSS. Le CCS se réorganise pour constituer un pôle « mesures sanitaires », constitué de 3 cellules : “expertise et mesures générales”,

“indicateurs et suivi épidémiologique”, et “dispositif d’identification et de prise en charge des cas et des contacts”. Je suis affecté à cette dernière cellule, avec laquelle nous contribuons à élaborer la doctrine de « contact tracing », ainsi que les modalités opérationnelles.

La stratégie consiste à détecter et tester toute personnes présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19, les isoler, et le cas échéant tester leurs contacts et les mettre en quatorzaine. Le détail de cette stratégie, complexe en raison de la cinétique virologique de la maladie (les tests utilisés ne peuvent pas être faits n’importe quand, la durée d’isolement ou de quatorzaine est très variable selon les circonstances, etc.), doit s’articuler avec les possibilités de collecter les bonnes informations sur les cas, à la fois sur le plan opérationnel (deux systèmes d’information ont dû être créés et déployés en un temps record), mais aussi en termes juridique et déontologique. Enfin, tout le dispositif repose sur un texte législatif, voté au parlement. Il a donc fallu travailler en parallèle sur ces différents aspects, tous très techniques mais dans des domaines éloignés (informatique, juridique, épidémiologique, organisationnel, etc.), et reposant sur de nombreux acteurs institutionnels et de terrain. Pour toutes ces raisons, cette mission a été de loin la plus difficile, et l’efficacité du dispositif devra se mesurer sur le moyen terme.

Ma mobilisation au ministère a pris fin la semaine du 11 mai, jour du déconfinement. Ma plus-value en tant qu’interne de santé publique était triple : compréhension des enjeux médicaux, compétences en épidémiologie car titulaire d’un M2 et stages réalisés dans ce domaine, et connaissance du fonctionnement administratif du ministère grâce à un précédent stage dans une autre direction.

L’expérience fut à la fois éprouvante physiquement et psychologiquement, mais aussi très enrichissante sur le plan humain et professionnel. C’était également très instructif sur le fonctionnement du système de santé français, l’articulation et les rapports de force entre les différents acteurs institutionnels et de terrain, et la coordination interministérielle et la répartition des rôles entre les échelons nationaux et territoriaux.

Raphaël Veil

MISE EN PLACE DU DISPOSITIF COVID AU CORRUSS

Mise en place du dispositif COVID au Centre Opérationnel de Réception et Régulation aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS)

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Je m'appelle Pauline et je suis interne en 6ème semestre à Paris. J'ai un parcours orienté surveillance sanitaire et épidémiologie ; j'ai notamment été précédemment en stage à la CIRE Ile-de-France et au réseau sentinelles (surveillance d'indicateurs par les médecins généralistes) au cours de mon internat.

En novembre 2019, j'ai débuté un stage au Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) du ministère des Solidarités et de la Santé. Ce service est en charge de la surveillance des alertes remontées par les ARS, les agences de santé, ou encore les instances internationales. Il coordonne ensuite la réponse en cas d'urgences sanitaires, qu'elles soient, par exemple, infectieuses, environnementales ou encore terroristes. L'équipe du CORRUSS est une jeune équipe dynamique et multidisciplinaire, composée de médecins de santé publique, de pharmaciens, d'ingé-



nieurs ainsi que de gestionnaires de crise.

Au cours des deux premiers mois de stage, j'ai pu participer à la gestion des alertes principalement de nature infectieuse (par exemple, clusters de méningite). Nous étions également en train de monter un groupe de travail autour de la prise en charge des patients REB en lien avec la mission COREB (coordination opérationnelle du risque épidémique et biologique) et de restructurer la veille internationale. J'étais loin d'imaginer que ces travaux trouveraient une application directe si rapidement !



LA NAISSANCE D'UNE ALERTE

Nous avons reçu la première alerte concernant la situation à Wuhan fin décembre 2019. Il s'agissait alors d'un petit nombre de « pneumopathies d'origine inexplicquée » autour du marché de Wuhan. Cette alerte a tout de suite été suivie activement par le ministère en sollicitant notamment notre réseau international. Pendant ce temps,

je traquais les informations sur les sources étrangères afin de guetter la moindre information nouvelle à ce sujet.

Le virus a été très vite identifié début janvier et la semaine suivante je participais à la rédaction de messages d'alerte aux ARS, aux établissements de santé et aux professionnels libéraux (ce sont les trois destinataires des messages d'alerte dont se sert le CORRUSS) de tout le territoire sur la conduite à tenir afin de les préparer à la survenue de cas en France. A cette époque, la transmission interhumaine n'était pas encore prouvée. Nous suivions de près les suspicions de cas, en lien avec les infectiologues, les biologistes, la COREB et Santé publique France, jusqu'aux premiers cas identifiés fin janvier.

LA GESTION D'UNE CRISE

Dans les semaines qui ont suivi, et au fur et à mesure que les données scientifiques et épidémiologiques progressaient sur le virus, j'ai assisté à la montée en puissance de la cellule de crise jusqu'à l'enclenchement de son niveau le plus haut d'activation, devenant le « Centre de crise sanitaire » permettant la mobilisation de nombreux agents sur le sujet et d'une nouvelle organisation en pôles thématiques. J'ai alors intégré la cellule « gestion de cas », principalement composée de médecins de santé publique. Ce pôle avait comme objectif de suivre les caractéristiques des premiers

cas en France et d'être en appui aux ARS pour la gestion des clusters. Je connaissais alors tout des premiers cas, il fallait être prêt à tout moment à répondre aux questions les concernant, comme celles du service communication qui croulais sous les interrogations de la presse et qu'il fallait aider à démêler le vrai du faux dans les rumeurs circulantes. J'enchainais les conférences téléphoniques avec les ARS, afin de leur fournir quelques clés de gestion que nous avons apprises des situations précédentes. Nous devions également partager ces informations avec les instances internationales : j'ai ainsi pu participer à des réunions avec l'ECDC et l'OMS. J'étais également en lien fréquent avec Santé publique France qui assurait le suivi épidémiologique, la définition des cas et la recherche de personnes contacts. Je participais parallèlement aux réflexions de développement des outils de surveillance sanitaire en lien avec Santé publique France. Une autre de nos missions était d'effectuer le « contact-tracing » à l'international : dès lors qu'un cas était identifié en France, l'information devait être partagée avec les autres pays concernés sur une plateforme européenne (EWRS) ou au pays directement concerné afin qu'ils puissent suivre les personnes contacts dans leur pays. Le rythme est devenu de plus en plus soutenu au cours des mois de février et mars au fur et à mesure que les cas détectés augmentaient. Les agents du centre

de crise étaient sous tension mais l'adrénaline nous faisait tenir.

Au début du mois de mai, j'ai rejoint le pôle « expertise en santé publique ». Mon travail était alors de préparer les recommandations sanitaires en vue du déconfinement et de la reprise de la vie sociale et professionnelle. La force de notre équipe résidait dans sa grande multidisciplinarité: médecins, juristes, ingénieurs, stagiaires en science po. J'apportais la compréhension médicale des enjeux et participais à la rédaction des saisines du HCSP quand nous en avions besoin. Nous avons travaillé les positions du ministère sur la doctrine sanitaire dans les différents secteurs, comme par exemple dans les transports, les écoles, les magasins et les entreprises et plus récemment les salles de spectacle et les discothèques !

AU TOTAL

Cette crise sanitaire était une expérience très intense et enrichissante au sein du ministère. En temps de crise, tout est bouleversé et le plus difficile est de savoir gérer l'incertitude permanente. J'ai eu la chance de pouvoir occuper des postes variés, permettant de profiter des nombreuses compétences acquises au cours d'un internat de santé publique.

Pauline MATHIEU

RENFORT À SANTÉ PUBLIQUE FRANCE AU COURS DES TROIS PHASES ÉPIDÉMIQUES

BONJOUR YVES, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Bonjour! Je suis interne de Santé publique à Paris, actuellement en 3ème semestre. Après un externat à Paris Diderot, j'ai choisi la Santé publique pour le côté quantitatif mais j'ai découvert l'immense diversité de la spécialité au cours de ma formation. J'ai commencé par un premier semestre en méthodologie de la recherche à l'Hôtel Dieu, à cheval entre une unité INSERM, un Centre d'épidémiologie Clinique et le centre Cochrane France.

J'ai réalisé mon deuxième semestre à Santé publique France à la DATA (Direction Appui, Traitement et Analyse de données), au sein de l'unité de surveillance syndromique, avec un travail épidémiologique à partir de bases médico-administratives que sont le SNDS (Système National des Données de Santé) et les données des urgences du réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordinée des Urgences).

Enfin mon troisième a eu lieu à l'Unité de Recherche Clinique de

l'Hôpital Saint Louis, à la fois sur des protocoles de recherche clinique, que ce soit rédaction, appel à projet, analyse de données ou valorisation et une recherche en biostatistiques.

Il a donc été interrompu par le renfort COVID au siège de Santé publique France à partir du 3 février.

RACONTE NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS-TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

J'ai eu l'occasion de faire trois périodes différentes de renfort à toutes les phases épidémiques, début février lors des premiers cas et clusters, mi-mars avant/début du confinement et mi-avril dans le suivi du confinement. Des missions et des défis bien différents à chaque fois donc!

SpF s'est réorganisée en réponse à la crise sanitaire en différents pôles ; j'ai été affecté au Pôle Surveillance. Un des fils conducteurs a été la présentation d'un point de situation épidémiologique internationale et nationale lors des réunions de crise journalières. Cela

consistait à faire la synthèse et l'interprétation de tous les indicateurs disponibles, au début principalement sur la situation en Chine puis sur les indicateurs nationaux de surveillance populationnelle (Test laboratoire, SOS Médecin, Passage aux urgences, hospitalisation, mortalité). Il s'agissait surtout de faire preuve d'inventivité afin d'éviter une présentation redondante des mêmes chiffres chaque jour.

Ensuite, beaucoup de petites missions en fonction de ce qui était le plus urgent, que ce soit de l'investigation de cas possibles au tout début, de l'analyse de données et des indicateurs de suivi de l'épidémie, de l'automatisation, de réponses aux questions médicales, de suivi des cas pédiatriques, de l'aide à la rédaction du point de synthèse hebdomadaire. Il a aussi été possible de lancer un travail d'analyse des mesures prises par chaque pays en impliquant une quinzaine d'autres internes de santé publique.

J'ai aussi pu participer à un projet de modélisation en utilisant les systèmes de surveillance mis en place en lien avec l'Institut Pasteur, un peu plus sur le versant recherche qu'opérationnel.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

La principale différence avec la façon classique de travailler en santé publique était l'urgence. J'ai eu l'impression d'avoir plein de casseroles sur le feu et de m'occuper de celle qui bout le plus. On a davantage l'habitude de pouvoir se poser sur des temps longs, vérifier des résultats, développer un raisonnement et s'approprier une thématique.

Ici, cela a été totalement l'inverse, il fallait être opérationnel très vite, travailler sans filet, apporter des réponses très claires tout en expliquant les choix faits et les limites. Une chose frappante aussi est que lorsqu'on produisait quelque chose, deux à trois jours après c'était caduque de par l'évolution de la situation et on recommençait quasiment de zéro.

C'était très stimulant de changer de méthode de travail et surtout très formateur.

CETTE ÉPIDÉMIE A-T-ELLE MODIFIÉ TA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? A-T-ELLE CHANGÉ OU APPORTÉ DES OBJECTIFS À MOYEN/LONG TERME DANS TA FUTURE CARRIÈRE (THÈME DE TA THÈSE, D'UNE ANNÉE RECHERCHE...) ?

Ayant de base une vision très « recherche » de la santé publique, j'avais à cœur de découvrir un côté beaucoup plus « vie réelle » de la spécialité. Cette expérience aura totalement rempli cette volonté.

Avec cette expérience, je pense que rester uniquement dans un but de recherche serait une erreur et j'apprécierais d'avoir des compétences dans un champ opérationnel tel que la surveillance sanitaire.

Ma thèse portera sûrement sur les systèmes de surveillance au cours de l'épidémie avec SpF.

A PROPOS DE TA CONTRIBUTION DANS LA LUTTE CONTRE LE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT A POSTERIORI PERÇOIS-TU LE TRAVAIL QUE TU AS ACCOMPLI ? A PLUS COURT TERME, AS-TU DES PROJETS À FINALISER POUR CETTE ANNÉE À PROPOS DE LA COVID ?

Ce fut beaucoup d'heures de travail, beaucoup de fatigue, de pression mais aussi de reconnaissance et de sentiment d'utilité. Par exemple, quand on participe à faire les chiffres annoncés par le DGS, repris dans tous les médias, c'est une forte satisfaction mais il vaut mieux que le code n'ait pas d'erreur.

Ayant déjà fait un semestre à Santé publique France avant la COVID, j'ai pu m'intégrer très facilement à des équipes et un environnement que

je connaissais déjà, ce qui a été un gros plus dans le renfort.

Je fais mon 4ème semestre à la Direction Générale de la Santé au Ministère, donc je poursuis sur la thématique épidémie, mais avec le côté décision et mesures de gestion en plus.

AVEC UN PEU DE REcul À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE À LA COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

L'internat de santé publique offre beaucoup de possibilités différentes qui peuvent être très déconcertantes au début si on n'a pas de domaine ou de thématique de prédilection.

Mais on se rend compte au fur et à mesure que notre formation médi-

cale a une vraie plus-value dans les équipes, peu importe le domaine dans lequel on exerce. J'ai pu m'en rendre compte au sein du renfort avec la place donnée aux internes. Notre voix était écoutée et notre avis sollicité.

Les équipes multidisciplinaires se nourrissent des compétences de chacun et elles comportent souvent très peu de médecins dans les agences sanitaires, donc c'est un apport essentiel d'avoir un interne de formation médicale.

Un conseil aux externes, ne pas faire une croix directement sur cette spécialité parce qu'on ne voit que le petit bout de la lorgnette qu'est la LCA, mais discuter avec des internes de ce qu'il est possible de faire, de toutes les portes qui sont ouvertes. Il y a des choses fabuleuses à faire, même au niveau d'une population.

ÉPIDÉMIO. DE TERRAIN ET SURVEILLANCE VIROLOGIQUE À LA CIRE PAYS DE LA LOIRE

BONJOUR CLAIRE, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Bonjour, je suis en dernier semestre de santé publique, et actuellement en stage au sein de la cellule régionale (CR) de Santé publique France (SpF) dans la région des Pays de la Loire, à Nantes. C'est mon 2^e semestre consécutif chez eux. J'y étais donc déjà en stage, un peu moins de 2 mois avant le début de la pandémie. Au cours de mes précédents stages, je suis passée, successivement, au service de Santé Publique du CHU de Nantes, au réseau régional de cancérologie des Pays de la Loire (ONCOPL), à l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire (ORS) et un an à la délégation régionale de Médecins du Monde (Mdm) où j'y ai fait ma thèse sur la santé de personnes détenues. Cette année je passe également en parallèle le Master 2 Santé Publique et Sociétés en Développement à l'Université de Marseille (master qui se fait à distance).

RACONTE NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

Pour que les lecteurs comprennent un peu mieux le rôle de SpF en région, je me permets de rappeler que SpF est l'agence nationale de santé publique et qu'elle est chargée de plusieurs missions : la surveillance épidémiologique, la veille sanitaire, le développement de la prévention et l'éducation pour la santé mais aussi le lancement de l'alerte sanitaire et la réponse aux menaces et crises sanitaires.

A l'aide de différents systèmes de surveillance (pour le SARS-CoV-2 : surveillance des consultations, des actes SOS médecins, de la mortalité, des hospitalisations, des tests réalisés par les laboratoires,...) SpF fournit aux acteurs dits « décisionnaires » - tels que l'ARS mais aussi aux acteurs de santé locaux - des informations permettant de décrire l'évolution et la dynamique de l'épidémie, mais aussi de suivre l'impact des mesures de gestion mises en place par ces mêmes acteurs.

Ayant été en stage 2 mois avant que la crise n'arrive en France, j'ai pu voir les changements qu'elle a

engendré que ce soit à SpF ou à l'ARS. Cela a été très intéressant de voir comment les décisions se prenaient en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémie et le virus, et de s'apercevoir des différents enjeux qui influençaient les décisions effectivement prises, mais aussi l'impact de ces décisions, que se soit sanitaire mais aussi social, sociétal politique... Et ce que je vais retenir, je pense, c'est à quel point tout le monde devait agir et définir le travail de chacun dans l'urgence, et malgré toutes les incertitudes que l'on avait sur cette maladie virale.

Au cours de cette crise sanitaire, mes activités relevaient essentiellement de l'épidémiologie de terrain : par exemple, pendant la phase 2 de l'épidémie j'ai pu participer aux investigations autour des cas de COVID-19 déclarés dans la région avec l'équipe de la CR, en appui à l'équipe de la cellule de veille et d'alerte sanitaire de l'ARS. Ensuite au cours de la phase 3 et pendant la période du confinement j'ai travaillé sur la surveillance virologique de l'épidémie, entre autres, c'est-à-dire la surveillance des tests par RT-PCR réalisés dans la région. Cela permettait d'avoir un suivi de l'évolution du nombre de tests réalisés et du taux de positivité (nombre de tests positifs / nombre de tests

réalisés). Ce système d'information faisait partie d'un ensemble de systèmes de surveillance permettant de suivre l'évolution de l'épidémie.

J'ai finalement entièrement fait partie de l'équipe de la CR qui m'a vraiment intégrée et qui avait besoin d'aide, car elle n'avait pas (et l'ARS non plus) les ressources humaines suffisantes pour faire face à cette crise et aux exigences de tous ses partenaires (ARS, siège de SpF, DGS,...). C'était et c'est encore, un travail qui demande de suivre l'actualité, les chiffres, les recommandations, etc., et tout cela change à un rythme effréné.

Depuis la levée du confinement, la CR est plutôt en train de suivre les « clusters » (cas groupés) de COVID-19 et d'en mener les investigations épidémiologiques, auxquelles il m'arrive aussi de participer.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

J'avoue que j'apprécie de vivre cette période et d'être au cœur des institutions concernées par sa gestion. Comme personne ne semblait y être vraiment préparé, on m'a attribué un rôle important et j'ai énormément et rapidement gagné en autonomie. Je pense que cela m'a aidé à me faire confiance dans le travail que je fais, ce qui est

rassurant, à l'approche de la fin de mon internat ! J'ai aussi beaucoup mieux compris comment distinguer le rôle, le fonctionnement et la réalité du travail mené au sein des institutions françaises. En tout cas, dans le domaine sanitaire. Donc j'ai aussi appris beaucoup de choses sur les enjeux politiques, sociaux, sociétaux et humains de notre système de santé et de la santé publique en France.

Après, effectivement ça a un peu bouleversé mes projets initiaux, car je dois aussi réaliser un mémoire dans le cadre de mon M2. L'équipe a été très compréhensive et fait en sorte que je puisse avancer dessus. Mais c'est vrai que cela ne me permet pas de m'investir autant que je voudrais dans la vie et le travail de l'équipe de la CR sur l'épidémie.

AVEC UN PEU DE RECUL À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE À LA COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

Je ne pense pas qu'il y ait un rôle unique et « standard » de l'interne de santé publique. Je suis personnellement très contente de mon parcours qui me paraît assez original mais cela m'a aussi montré que chacun doit avoir la possibilité de faire et d'aller là où il souhaite aller, ce qui n'est pas toujours évident. Mais j'ai plus apprécié travailler dans les stages que j'avais personnellement choisis et je trouve que cela m'a mise suffisamment à

l'aise pour prendre des initiatives. Je suis quelqu'un qui manque de confiance en soi et je me suis découvert beaucoup de compétences en me risquant à prendre certaines initiatives ou, plus simplement, à prendre la parole devant les différentes équipes rencontrées, ça non plus, ce n'est pas toujours simple.

J'ai souvent entendu dire qu'il fallait apprendre à être flexible, à avoir des capacités d'adaptation, etc., mais il faut aussi avoir en tête qu'on a besoin de temps pour s'adapter à chaque situation et que cela prend plus ou moins longtemps selon chacun.

Je ne me sens pas légitime de définir le « rôle » de l'interne mais, en tout cas, je pense qu'il ne faut pas hésiter à être curieux, et si vous ne montrez pas de curiosité au cours de vos activités professionnelles c'est qu'il faut peut-être que vous vous demandiez si vous appréciez ce que vous êtes en train de faire.

EN RENFORT AU SEIN DE LA CELLULE DE VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE À L'ARS BRETAGNE

Réaffectation au sein de l'équipe de Veille et Sécurité Sanitaire de l'ARS en période d'épidémie de COVID-19 : apprendre à se préparer à l'imprévisible

Lorsque l'épidémie de COVID-19 a commencé, je réalisais mon troisième semestre de santé publique au sein d'un centre régional de lutte contre le cancer. J'avais pu apporter un peu de mon aide pour que l'équipe de direction et de gestion de crise ait une vision plus précise de l'évolution de l'épidémie, en élaborant quotidiennement un bulletin épidémiologique adapté à la situation locale et à leur demande, mais je sentais que je pouvais me rendre davantage « utile ».

Alors quand il m'a été proposé de venir en renfort à la cellule de Veille et Sécurité Sanitaire (la VSS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne, je n'ai pas vraiment hésité (même si j'aimais beaucoup mon terrain de stage) ! Avec une co-interne, nous avons pu rejoindre le 13 avril cette équipe de veille au sein de laquelle il y avait déjà une autre interne de santé publique depuis le début du semestre. Dans le même couloir, un quatrième interne était lui au sein de la cellule régionale de Santé Publique France (alias la CIRE), travaillant étroitement avec l'équipe de VSS de l'ARS.

Avant que nous arrivions, la VSS et la CIRE étaient déjà plongées dans la gestion régionale de l'épidémie depuis plusieurs mois. Les deux équipes avaient suivi ensemble et attentivement l'augmentation du nombre de cas dans le monde puis en France, jusqu'à la détection des premiers cas dans la région à la fin du mois de février. S'en était suivie une phrase intense d'investigation des personnes contact des cas détectés en Bretagne, c'est-à-dire de contact-tracing, jusqu'à ce que l'épidémie soit bien trop disséminée pour qu'ils puissent continuer à le faire (stade 3, au 14 mars).

Puis, toujours pour lutter contre le COVID-19, l'équipe de la VSS avait enchaîné sur une mission principale le suivi et l'accompagnement des structures médico-sociales (EHPAD, mais aussi établissements médico-sociaux accueillant des adultes ou enfants avec un handicap, etc) dès qu'elles avaient un cas possible ou un cas confirmé de COVID-19 au sein de leur établissement, que ce soit pour le personnel ou les résidents. Cette mission avait donc déjà commencé plusieurs semaines avant notre réaffectation dans la VSS et la charge de travail était très grande : elle couvrait l'ensemble de la région ! Pour accompagner les établissements, l'équipe se basait sur les déclarations des établisse-

ments sur un portail de signalement dédié, national. Chaque établissement déclarant une première situation de cas possible ou confirmé était rappelé pour qu'un médecin ou une infirmière de veille sanitaire puisse vérifier avec lui que toutes les mesures de préventions étaient correctement mises en place, et pour les guider en cas de besoin de matériel, de ressources humaines ou encore d'accompagnement pour les consignes d'hygiène. Avec le flux constant de nouvelles informations que nous subissions, il était essentiel de pouvoir accompagner ces établissements qui manquaient parfois de moyens logistiques, humains ou encore d'avis spécialisés pour gérer au mieux l'épidémie. Nous pouvions alors les orienter vers les ressources dont ils avaient besoin. Ensuite, chaque établissement était régulièrement rappelé pour faire le point sur la situation et réévaluer les besoins. Ce suivi rapproché permettait également de consolider les données de signalement des établissements de façon à obtenir une meilleure vision de la situation épidémique dans notre région. A notre arrivée, nous avons pu aider l'équipe pour mettre en évidence les situations nécessitant un suivi plus rapproché (selon le nombre de cas, notamment) et organiser au mieux ces rappels selon les évolutions quotidiennes.

Progressivement, nous avons pu monter en compétences et aider à rappeler les établissements pour leur suivi.

Un peu moins d'un mois après notre arrivée, le déconfinement du 11 mai a imposé de nouvelles missions et une nouvelle organisation de l'équipe. La VSS et la CIRE se sont à nouveau réunies pour former une grande équipe, avec quelques renforts supplémentaires. Nous devons désormais assurer le contact tracing de niveau 3, c'est-à-dire l'investigation des contacts qu'ont pu avoir les cas de COVID-19 dans les situations les plus complexes ou sensibles. Depuis, nous sont signalées par l'Assurance Maladie ou par d'autres acteurs toutes les situations correspondant à au moins un cas de COVID-19 dans une collectivité dite sensible, par exemple les établissements de santé ou médico-sociaux et les écoles. Nous devons également coordonner le contact-tracing des foyers épidémiques, ou clusters (quand il y a plus de trois cas dans une même collectivité/communauté). Les signaux que nous recevons sont très variés et il est impossible de savoir ce qui va se passer dans la journée ! Pour réussir à faire tout ça, nous étions organisés pendant plus d'un mois en trois équipes de trois bi-

nômes. Par alternance, nous assurions 7 jours sur 7 la veille des nouveaux signalements pour démarrer le plus rapidement possible les investigations. Cela nous permettait de toujours travailler à deux pour gérer les situations qui étaient parfois très complexes, et pas seulement sur le plan épidémiologique. Il ne faut pas négliger les aspects sociétaux, et politiques ! Par exemple, certaines situations sont très facilement et rapidement médiatisées et il faut pouvoir prendre en considération les inquiétudes des structures et de la population. Cette nouvelle étape était extrêmement stimulante même si très intense (gestion de crise...) et m'a permis de découvrir le contact-tracing et plus généralement la veille sanitaire. Depuis quelques semaines, et fort heureusement, l'épidémie a bien diminué en France y compris dans notre région. Nous avons pu changer notre fonctionnement pour libérer les personnes venues en renfort, mais pour ma part, j'ai décidé de rester pour le semestre. Le virus circule toujours, et chaque semaine nous recevons de nouveaux signalements à investiguer.

Outre le fait que j'ai pu renforcer et aider comme je le pouvais une équipe qui avait une charge de travail très importante et parfois très

pesante, cette mobilisation au sein de l'ARS pour la lutte contre l'épidémie de COVID-19 m'a permis et me permet encore d'acquérir de nombreuses connaissances et compétences : en hygiène, sur la gestion de crise, la veille sanitaire, le fonctionnement d'une ARS, l'épidémiologie infectieuse, mais aussi en termes d'organisation, de communication, de prise de décision, de management et de travail en équipe... Et tout ça à vitesse grand V dans ce contexte où tout évolue en permanence et où nos capacités d'ajustement sont fortement sollicitées ! Et puis, en quelques mois seulement, j'ai eu l'opportunité de rencontrer des professionnels de santé publique de disciplines et parcours très variés, venant de la région ou d'ailleurs grâce à la réserve sanitaire. Désormais, en continuant d'apprendre tous les jours et de participer à la lutte contre les chaînes de transmission de ce coronavirus, j'en profite également pour me former à la veille sanitaire plus « classique », qui concerne notamment les maladies à déclaration obligatoire... Personne ne sait de quoi demain sera fait, mais une chose est sûre : il y a toujours besoin de médecins de santé publique !

Cynthia HUREL

VEILLE BIBLIOGRAPHIQUE, MISE À JOUR DES CONNAISSANCES, ET IMMERSION...

Veille bibliographique, mise à jour des connaissances, et immersion dans une cellule de recherche clinique spécifique COVID

BONJOUR CAROLA, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Bonjour à tous. Merci au Clisp pour cette proposition.

Je suis Carola Pierobon, interne de Santé Publique du CHU Grenoble-Alpes.

Je suis actuellement en deuxième semestre d'internat, pendant la mise en place du Plan Blanc je me trouvais en premier semestre au DIM du Centre Hospitalier Métropole Savoie à Chambéry.

Bien que je ne sois qu'en début d'internat, mon intérêt pour la santé publique a commencé il y a quelques années. J'ai fait mes études de médecine en Italie où j'ai fréquenté pour les deux dernières années d'externat le service de *Direction sanitaire* (service qui réunit plusieurs

services entre lesquels on retrouve le DIM, la qualité et l'hygiène hospitalière) et j'ai rédigé mon mémoire de thèse du deuxième cycle en collaboration avec le Département d'Hygiène et Médecine préventive de l'Université de Turin.

RACONTE-NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS-TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

Pendant le Plan Blanc j'ai participé à deux missions spécifiques COVID.

La première a été le projet de veille bibliographique BiblioVid, conçu par quatre professionnels de santé de Grenoble (les internes J. Richoux, L. Bosméan, l'étudiant DFASM3 T. Sécheresse et l'assistant A. Bellier) avec le but principal de trier l'énorme quantité d'articles scientifiques portant sur le sujet du COVID (environ 200 articles/jour en mars) et fournir des résumés d'articles à lire aux médecins surchargés par l'activité clinique. Je faisais partie du pool des internes en santé publique qui analysait les articles.

Le travail de veille était un travail quotidien de lecture critique d'article sur les articles fournis chaque

jour par le Dr. Bellier. Pour tous les articles nous avons élaboré un résumé composé des résultats les plus importants de l'étude, des concepts à retenir, de la méthodologie utilisée, du niveau de preuve et de l'objectif de l'étude.

Pour partager le travail fait et le rendre accessible à tout le monde, un site a été créé (<https://bibliovid.org/>).

Je me suis mise également à disposition de l'Unité de Recherche Clinique de l'hôpital et j'ai collaboré à l'étude FRENCH COVID-19, une étude de cohorte observationnelle multicentrique sur échelle nationale. L'étude était centrée sur des cas possibles ou confirmés de COVID-19, avec comme objectif principal de décrire les caractéristiques de la maladie et la réponse aux traitements.

Pour chaque patient il était prévu une collecte de données cliniques quotidiennes, la réalisation de questionnaires pour évaluer l'état psychologique et physique, ainsi que des tests sérologiques et de biologie moléculaire hebdomadaires.

J'ai géré de façon autonome la réalisation des questionnaires en suivant le flux des patients hospitalisés, à savoir, « score des symp-

tômes » deux fois par jour à tous les patients. Les questionnaires HADS (pour l'évaluation de l'anxiété et de la dépression) et SF-36 (pour l'évaluation des conditions physiques et mentales) ont été soumis aux patients sélectionnés au début et à la fin de leur séjour. Enfin je me suis occupé de la base de données sur le logiciel dédié.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

Personnellement j'ai aimé l'enjeu que cette période a représenté. La capacité d'adaptation rapide aux changements et la capacité à gérer plusieurs projets en même temps sont sûrement des qualités qu'un ISP doit avoir dans son bagage, et la participation à un Plan Blanc pendant mon premier semestre a constitué un défi intéressant.

Dans mon cas spécifique, l'adaptation a été favorisée à la fois par mon fort intérêt pour la problématique du COVID et à la fois par la disponibilité de mon chef et des équipes avec lesquelles j'ai collaboré.

J'ai commencé à me préoccuper à la diffusion de COVID-19 quelques semaines en amont du début de la crise en France : j'ai suivi de près la situation italienne étant donné que

ma région d'origine (le Piémont) a été très touchée par la maladie.

La compréhension du chef de service a été fondamentale, ce qui m'a permis de participer à des projets pas forcément liés à mon stage d'affectation. La collaboration des équipes du DIM, de l'URC et de BiblioVid m'a permis de gérer en façon autonome mes missions et donc d'équilibrer le temps dédié à chaque projet.

CETTE ÉPIDÉMIE A-T-ELLE MODIFIÉ TA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? A-T-ELLE CHANGÉ OU APPORTÉ DES OBJECTIFS À MOYEN/LONG TERME DANS TA FUTURE CARRIÈRE (THÈME DE TA THÈSE, D'UNE ANNÉE RECHERCHE...?)

L'épidémie n'a pas modifié ma vision de la santé publique mais l'a sûrement renforcée.

Cette spécialisation est souvent critiquée parce qu'elle manque d'approche clinique et de relation directe avec les patients mais en réalité on s'aperçoit que pour le médecin de santé publique, l'approche populationnelle de la santé est un atout dans des épidémies comme celle que nous traversons .

En outre, je pense que cette épidémie a permis à l'opinion publique et aux autres spécialités, de comprendre l'importance de l'organi-

sation et de la coordination du système de santé dans un moment de crise.

Pour l'orientation de ma carrière je n'ai pas changé d'avis, je reste plutôt intéressée par les services plus orientés sur la gestion et l'administration au niveau hospitalier, mais la possibilité de conduire en pratique un travail de recherche et de veille bibliographique m'a permis de m'intéresser à des notions peu abordées au cours de ma formation initiale. J'ai pu mettre en pratique des compétences acquises pendant un Master 1 de santé publique qui étaient restées un peu floues en théorie.

AVEC UN PEU DE REcul À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE AU COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

Je conseille aux jeunes étudiants de se lancer dans l'internat de santé publique; c'est un internat très riche et vaste où chacun peut trouver son domaine d'intérêt. La crise liée au COVID-19 a mis en évidence la bonne ambiance au sein de la spécialité, et la capacité de réaction et de cohésion des internes de cette discipline.

Carola PIEROBON

CONSTITUTION ET DIFFUSION D'UN BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE AU CHU DE NICE

BONJOUR KEVIN, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS.

J'ai commencé mes études à Dijon, j'ai terminé mon externat à l'université de Paris-Sud. Je suis aujourd'hui interne en 6ème semestre au CHU de Nice où j'ai eu l'occasion de découvrir plusieurs thématiques de la Santé Publique : l'évaluation de la qualité des soins, la gestion des risques, les vaccinations dans le cadre des consultations aux voyageurs, et dernièrement des travaux à visée épidémiologique. En parallèle, j'ai suivi le master en statistiques et méthodologie du Professeur Falissard, et j'oriente naturellement mon parcours vers l'épidémiologie et la recherche clinique.

RACONTE-NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS-TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE.

Avec mon co-interne (J.Allouche), nous nous sommes très rapidement portés volontaires pour apporter

notre soutien. Si au début nous avons participé aux dépistages avec les équipes d'infectiologie et de médecine du travail, nos missions se sont affinées pour valoriser nos compétences plus spécifiques à la Santé Publique. Nous avons constitué une base de données très simple à partir des résultats du laboratoire de virologie et des données d'hospitalisations. Ceci a permis - avec l'aide du Pr Pradier notre coordonnateur - au Département de Santé Publique de diffuser un bulletin d'information quotidien, qui résumait au jour le jour l'évolution de l'épidémie à l'échelle du CHU.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

L'activité de mon terrain de stage s'étant interrompue, la question ne s'est pas réellement posée. J'ai entièrement basculé mon travail dans le suivi de l'épidémie. Il a fallu être réactif et ajuster nos objectifs et nos méthodes rapidement selon les besoins des équipes médicales mobilisées. C'était à la fois très intense mais également passionnant !



CETTE ÉPIDÉMIE A-T-ELLE MODIFIÉ TA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? A-T-ELLE CHANGÉ OU APPORTÉ DES OBJECTIFS À MOYEN/LONG TERME DANS TA FUTURE CARRIÈRE ?

J'ai sincèrement apprécié le rythme et les enjeux de mon travail pendant cette crise. De plus, j'ai constaté que des outils simples, mais fiables et réguliers peuvent apporter un apaisement et un recul important à des équipes qui sont prises par l'urgence de la situation et noyées sous un flot d'informations contradictoires. Sans changer radicalement ma vision de la Santé Publique, cette expérience a confirmé mon attrait pour l'épidémiologie et m'a donné un nouvel élan pour mes projets et ma future carrière !



A PROPOS DE TA CONTRIBUTION DANS LA LUTTE CONTRE LE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT A POSTERIORI PERÇOIS-TU LE TRAVAIL QUE TU AS ACCOMPLI ? A PLUS COURT TERME, AS-TU DES PROJETS À FINALISER CETTE ANNÉE À PROPOS DU COVID ?

Je suis plutôt fier du travail accompli. La difficulté principale a été de mettre au point un système fiable de suivi quand rien n'a été prévu pour cela dans notre structure. Il a fallu rencontrer les équipes de terrain, les laboratoires et les membres de la direction pour créer une collaboration efficace. Ça n'a pas toujours été simple d'harmoniser des personnes aux profils, valeurs et motivations différentes, mais je pense que l'on a su répondre à un besoin d'information à un moment où l'on avançait dans le noir, et nous avons eu d'excellents retours. A présent, je devrais travailler sur une synthèse globale de cette épidémie au CHU, en prenant le temps de mieux caractériser les patients.

AVEC UN PEU DE REcul À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE AU COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

La Santé Publique est certainement la spécialité médicale la plus difficile à résumer. D'une manière générale, à l'instar des cliniciens qui sont au service de leurs patients, le médecin de Santé Publique se doit d'être au service du bien commun et de la population. Sa force réside dans la richesse de son parcours : nous possédons des compétences cliniques, statistiques, méthodologiques et/ou organisationnelles, parfois même politiques et philosophiques ! Il n'existe donc pas un rôle, mais plutôt un éventail de profils divers. Notre transversalité nous permet de collaborer avec un grand nombre d'acteurs du système de santé, pour développer un tout, plus grand qu'une somme de compétences. Un interne qui aime travailler sur des projets variés et explorer d'autres facettes de la santé ne pourra que s'épanouir !

BULLETIN D'INFORMATION COVID-19

CHU DE NICE

Le 24 Juillet 2020

Patients positifs hier : 0

Nombre de personnes nouvellement testées hier : 87

Patients positifs depuis le début de l'épidémie : 856

Nombre total de personnes testées : 16148

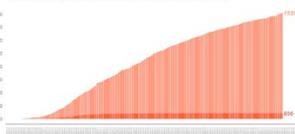
Notes:
Le laboratoire de virologie du CHU de Nice analyse les prélèvements provenant du CHU, mais aussi ceux provenant des CHU périphériques du département tels que Cannes, Grasse, Antibes, etc.

COVID-19: Dépistage par laboratoire de virologie du CHU de Nice (par jour)

Courbe: Taux de positivité (moyenne roulante sur 7 jours)



COVID-19: Nouveaux patients dépistés au CHU (total cumulé)



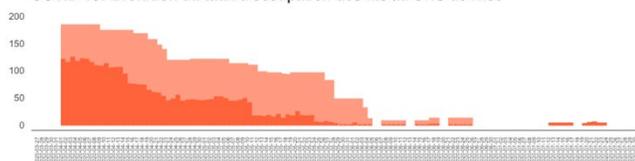
L'activité du laboratoire de Virologie liée au dépistage de la maladie Covid-19 n'est plus maintenue le dimanche. Les tests seront donc reportés le lundi.

Nombre de patients « COVID+ » hospitalisés : 3

- Service d'infectiologie : 2
- Réanimation : 1

Décès « COVID + » confirmés cumulés au CHU : 59

COVID-19: Evolution du taux d'occupation des lits au CHU de Nice



Sources :
- Dépistage: Laboratoire de Virologie - Déclaration ARS (20-07-24 - 08h)
- Hospitalisations: Cellule d'Appui Covid (20-07-24 - 14h)
- Décès: Médecine Légale Nice (2020-05-15 - 18h)



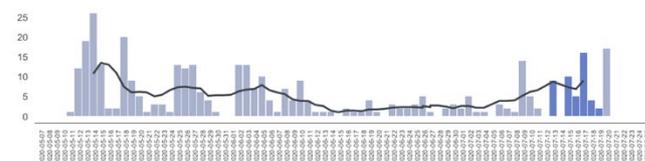
BULLETIN D'INFORMATION COVID-19

Alpes-Maritimes

Semaine du 13 au 19 Juillet 2020

Patients PCR positifs cette semaine : 46

Dépistage par RT-PCR sur écouvillon nasal

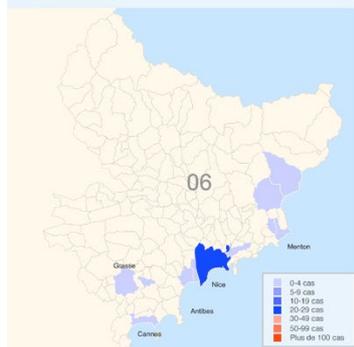


Nouveaux cas quotidiens

Trait : Moyenne mobile sur 7 jours

Résidence déclarée des cas dépistés cette semaine

- Alpes-Maritimes: 42 (dont EHPAD: 1)
- Hors-Alpes-Maritimes: 4 (dont Hors « France Métropolitaine »: 2)



Age des cas



Symptômes au diagnostic



Hospitalisés au 20 Juillet: 2

Décès: 0



Les données sont issues des déclarations des laboratoires de biologie des Alpes-Maritimes.



PARTICIPATION AU CASE-TRACING ET INVESTIGATION D'UN CLUSTER INTRA-HOSPITALIER

BONJOUR RODNEY, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Bonjour, merci à vous pour cette opportunité !

Je suis actuellement en 4^{ème} semestre à Montpellier-Nîmes. En dehors de mon 2^e semestre à Santé publique France, j'ai effectué tous mes autres semestres au CHU car c'est pour la pratique hospitalière que j'avais le plus d'attrait. Je suis passé dans l'Unité de Recherche Clinique et Epidémiologique (URCE), puis au département de l'information médicale (DIM) et d'analyse médico-économique, et enfin je suis depuis peu de temps au département d'hygiène hospitalière (DHH).

J'ai par ailleurs suivi un M1 de recherche clinique, et animé un groupe de TD pour le service sanitaire.



RACONTE NOUS TA/TES MIS- SIONS SPÉCIFIQUES AU CO- VID, ET COMMENT AS-TU MIS TES COMPÉTENCES DE SAN- TÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

La plus importante d'entre elles a été un dispositif de contact-tracing, mis en place sur le CHU suite à l'apparition d'un cluster de soignants infectés. Ce cluster s'est déclaré dans des secteurs non COVID quelques jours après le confinement, et nous étions 5 internes et 1 AHU de santé publique à l'investiguer sous la coordination de notre professeur universitaire. L'objectif d'un tel dispositif est de contacter tous les cas identifiés de COVID pour détecter leurs contacts à

risque de transmission, puis de les contacter à leur tour pour stopper d'éventuelles chaînes de transmission. En nous aidant de l'expérience de chacun et en nous inspirant de ce qui se faisait déjà ailleurs, nous avons construit puis mené notre investigation téléphonique. Chaque appel se composait d'un interrogatoire, d'une évaluation des risques et de l'indication d'un dépistage ; mais était aussi l'occasion de rappeler les mesures de prévention. Nous avons ainsi pu reconstruire les chaînes de transmissions, et identifier que le virus se transmettait principalement de soignants à soignants ; au décours de temps de pause où des baisses de vigilance sur les mesures barrières étaient constatées. Nous avons ensuite

proposé des recommandations permettant de maîtriser la circulation du virus dans ces secteurs, puis nous avons soumis un article pour partager notre expérience.

Désormais en hygiène, le risque de transmission virale et d'apparition de clusters reste au centre des préoccupations du service, qui se déplace régulièrement dans les secteurs de l'hôpital pour les conseiller à ce sujet. De mon côté, je continue ponctuellement à participer au contact-tracing des professionnels récemment infectés, et je travaille à l'évaluation d'indicateurs de surveillance de l'activité épidémiologique locale du virus qui permettront d'anticiper un éventuel rebond.

Pour finir, j'ai été amené à travailler sur l'entrepôt de données du CHU, pour y chercher des associations statistiques entre COVID et déterminants socio-économiques. Je suis aussi parti fin février avec la réserve sanitaire sur l'aéroport Roissy-CDG, pour informer et dépister des passagers en provenance de pays à risque. Pour information, il est possible de faire des missions très liées à nos compétences de 3^e cycle dans la réserve sanitaire et je vous invite vivement à consulter leur site internet¹.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

En stage au DIM, je suis assez rapidement et simplement parti en télétravail. Très vite, les projets que je suivais ont été mis en stand-by et je me suis alors consacré à plein temps aux dispositifs décrits précédemment. J'étais vraiment ravi d'y participer et de contribuer à la lutte contre l'épidémie car je craignais initialement de ne pas en avoir l'opportunité, et de me sentir inutile. Quelques semaines plus tard, j'ai progressivement repris mes fonctions au DIM dans une organisation de service complètement différente.

En discutant avec d'autres internes j'ai réalisé qu'on a vécu des situations très variées ; en fonction du terrain de stage d'affectation. Certains services ont été un peu mis de côté et d'autres inhabituellement sollicités voir mis sur le devant de la scène. Pour ces derniers, le retour à la situation initiale a également pu poser problème. Malgré tout, je pense que ces divers bouleversements seront pour tous une riche source d'enseignements professionnels, tant sur le plan personnel que collectif.

CETTE ÉPIDÉMIE A-T-ELLE MODIFIÉ TA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? A-T-ELLE CHANGÉ OU APPORTÉ DES OBJECTIFS À MOYEN/LONG TERME DANS TA FUTURE CARRIÈRE (THÈME DE TA THÈSE, D'UNE ANNÉE RECHERCHE ?)

Ma vision sur cette spécialité dans sa globalité n'a pas changé, car j'ai le sentiment qu'elle a joué son rôle. Bien qu'on aurait préféré se passer d'une crise pour en arriver là, cette dernière a été l'occasion de mettre un bon coup de projecteur sur notre discipline, et d'en décupler son audience. La santé publique est passée en peu de temps d'un concept assez abstrait pour certains à quelque chose de très concret dans la vie de tous les français. Maintenant, je me demande quelles seront les leçons tirées et les conséquences sur l'avenir de sa pratique, sa place dans la formation médicale initiale, la curiosité des étudiants à son égard...

Ma vision de certains de ses domaines a toutefois été un peu modifiée, et notamment pour l'épidémiologie et la recherche clinique. Je me suis rendu compte à quel point il était indispensable pour nous de les maîtriser ; pour avoir par exemple des clés de compréhension sur la situation sanitaire, mais aussi sur les diverses controverses médiatiques ayant trait à la thérapeutique. D'ailleurs sur ce dernier point, je me réjouis de la place croissante qu'a prise la LCA dans la formation initiale des médecins ces dernières décennies, et on ne peut

qu'encourager cette transition à se poursuivre !

Evidemment tout ceci a été source de questionnements, dans un contexte de pleine réflexion sur mon orientation d'internat. Au final, ceux-ci m'ont permis d'avancer à ce sujet mais aussi de me conforter dans mon choix de spécialité, et de comprendre davantage certains enjeux. Enfin, la crise a aussi eu pour effet de stopper net un début de projet de thèse que je devais mener. Mais à ce sujet, de nombreuses opportunités sont devant nous désormais. Au total : plus de positif que de négatif.

AVEC UN PEU DE REcul À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE AU COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

L'internat de santé publique nous pousse à développer des compétences transversales sur de nombreux domaines reliés à la santé, puis une expertise sur certains d'entre eux. Celles-ci s'ajoutent à nos connaissances médicales de 2^e cycle. Par ailleurs l'interne travaille le plus souvent à une échelle collective, avec une approche différente mais complémentaire des sujets de santé.

Tout ceci nous permet de jouer un rôle d'interface au croisement de

plusieurs domaines transversaux en interaction avec des professionnels d'horizons variés. L'idée est de replacer ces sujets de santé dans quelque chose de plus global que la prise en charge individuelle d'un patient, en lien avec notre domaine d'expertise. Le COVID-19 en est un bel exemple car son traitement ne s'est pas arrêté aux portes des diverses structures sanitaires, mais il a été diffusé plus largement et a concerné notre société dans son ensemble, par l'intermédiaire de mesures en population générale.

L'internat de santé publique est l'opportunité de s'ouvrir à de nouvelles connaissances et amène à des débouchés donc des rôles très variés. Ils partagent néanmoins tous un objectif commun : contribuer, avec un regard plus systémique, à la préservation et l'amélioration de la santé de chacun.

PARTICIPATION À LA MISE EN PLACE D'UN CENTRE DE DÉPISTAGE AMBULATOIRE

BONJOUR SARA, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Bonjour, je suis interne en 7ème semestre à Lyon. J'ai un parcours assez mixte et polyvalent, avec une dominante en politiques de santé et prévention promotion de la santé.

J'ai profité de mon internat pour me former aux différentes méthodologies d'évaluation en santé : quantitatives à travers des stages d'épidémiologie ainsi qu'un Master 2 en statistiques biomédicales, et qualitatives à travers ma thèse et des formations.

J'ai eu l'occasion de découvrir lors de mon internat des milieux très variés : Agences Régionales de Santé, Mairie, laboratoire de recherche, services hospitaliers...

L'internat a aussi été l'opportunité pour moi de découvrir et explorer le monde associatif, ses engagements et ses enjeux, à un niveau local et national, expérience tout à fait complémentaire à celle apportée par mes stages.

RACONTE-NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS-TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

Lors du début de la crise liée au COVID-19, j'étais en stage au sein du département de santé publique de la Mairie de Valence. Dans un premier temps les activités de cette dernière n'ont pas été impactées par la crise sanitaire débutante, et cela a été l'occasion pour moi d'aller prêter main forte à l'ARS ARA (Auvergne-Rhône-Alpes) dans la gestion et l'investigation des cas et des contacts de patients atteints de COVID-19. J'ai par la suite intégré une mission de la réserve sanitaire au sein du CHRU de Besançon. Enfin à mon retour en stage, au début du confinement, les premiers impacts sur le fonctionnement de la Mairie se sont fait sentir.

Avec l'instauration du confinement, une réflexion menée par la délégation départementale de l'ARS en concertation avec les professionnels libéraux représentés par leurs élus URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), la CPAM, et la Ville de Valence a émergé sur l'intérêt de la mise en place d'un centre de consultation spécifique



pour les patients suspects ou confirmés de COVID-19 en ambulatoire.

Il s'agissait d'accueillir en consultation (et uniquement en consultation, pas de réalisation de tests PCR ni de prise de sang ou tout autre acte) tout patient suspect de COVID-19, préférentiellement par un premier contact téléphonique, une téléconsultation puis si nécessaire une consultation physique. Cependant il était aussi prévu que des patients puissent se présenter directement au centre sans rendez-vous. Les équipes étaient composées de binômes d'agents administratifs mis à disposition par la Ville, chargés de l'accueil téléphonique et présentiel, ainsi que de binômes médecin – infirmier libéraux, se relayant sur des demi-journées. Les patients pris en charges au centre faisaient l'objet

d'un rappel téléphonique systématique au J6 et J8 du début des symptômes pour repérer une éventuelle aggravation.

Suite à mon arrivée, j'ai rapidement pu faire des suggestions de modification du fonctionnement pratique du centre : fiche de dossier médical plus ergonomique pour les professionnels de santé mais aussi pour les agents administratifs en charge de la saisie et de l'archivage, création d'un système de relève médicale entre les équipes du soir et du matin qui ne se croisaient pas physiquement, mise en place d'un système d'archivage facilitant le repérage des patients à rappeler par les infirmiers...

Je faisais finalement le lien entre les besoins des agents administratifs et ceux des équipes soignantes. J'ai eu la charge de former chaque nouveau binôme de professionnels au fonctionnement du centre, et j'étais en appui des agents administratifs en cas d'appels complexes. Je supervisais la qualité des données saisies et réalisais les extractions permettant de faire le bilan de l'activité à destination de l'ARS. Finalement je me suis rapidement retrouvée en position de « responsable opérationnelle du centre » (bien-évidemment sous la supervision de ma cheffe et avec la suppléance de collègues pour me permettre d'avoir des jours de repos).

Sur les premières semaines j'ai assisté aux consultations médicales pour m'assurer que le fonctionnement était optimum et que les professionnels de santé ne rencontraient pas de difficultés particulières nécessitant d'adapter le protocole. Étant donné mon expérience précédente à la réserve sanitaire et à l'ARS ARA j'étais à jour des connaissances sur le COVID-19, ce qui m'a aussi permis de participer à la réflexion sur les différents cas rencontrés en collaboration avec le médecin et l'infirmier, leur prise en charge et leur orientation.

Cette expérience a été riche, grâce au rôle central que j'ai occupé, la participation aux réflexions médicales, mais aussi aux échanges que j'ai pu avoir avec les professionnels de santé sur leur ressenti de la gestion de la crise et l'impact sur leurs pratiques actuelles et futures. En effet beaucoup de réflexions ont émergé sur l'intérêt d'apprendre à connaître les autres professionnels du territoire, de travailler en concertation voire collaboration, et les différents modes d'exercices -- isolé, Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé--. Cela m'a aussi permis d'approfondir mes connaissances sur les particularités de l'exercice en ambulatoire.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

Je dois avouer que les changements d'organisation ont été pour moi une épreuve assez stressante.

Les premières semaines d'activité en renfort à l'ARS et au CHRU de Besançon ont plutôt été excitantes, c'était un départ à l'aventure, et l'impression de se rendre utile en période de crise.

Mon retour en stage en télétravail a été pour moi beaucoup plus difficile à vivre. C'est pourquoi dès que l'opportunité s'est présentée je me suis investie de manière importante dans le projet de centre de consultation COVID. Ce sont paradoxalement ces périodes de participation à l'effort collectif pour la crise sanitaire que j'ai le mieux vécues.

Les deux périodes de télétravail que j'ai eu pendant le confinement ont été une autre affaire. En effet, le fait de rester chez moi à travailler sur des projets sans rapport avec la crise actuelle, tout en sachant que des collègues soignants, eux, travaillaient dur à la résolution de cette crise, ont été une véritable torture pour moi. Et je dois avouer ne pas avoir été très efficace dans mon travail à cette époque. J'ai pen-

dant un temps cru qu'il s'agissait du télétravail, que ce mode de travail n'était pas adapté à ma façon de fonctionner. Avec le recul je me rends compte qu'il ne s'agissait pas de cela, mais bien du sentiment de ne pas participer à l'effort collectif, de travailler sur un sujet totalement déconnecté de la réalité.

En effet j'ai terminé mon stage, suite au déconfinement, et commencé le suivant en télétravail, et le bruit de fond concernant la crise sanitaire s'étant atténué, j'ai n'ai plus rencontré aucune difficulté, et ai retrouvé une efficacité équivalente, voire plus importante que celle que je connaissais en présentiel.

EN CONCLUSION, COMMENT RÉSUMERAI-TU TON EXPÉRIENCE DE CETTE CRISE SANITAIRE ?

En conclusion, je dirais que nous avons vécu lors de cette crise un moment historique, qui sera probablement inscrit dans les manuels d'histoire. Et bien que la crise soit loin d'être terminée, que nous ne nous sommes pas débarrassés du virus, et que les répercussions économiques et sociétales sont encore à venir ; le début de cette crise, la découverte du virus, l'inquiétude face à l'inconnu a été un moment intense pour tous, et nous l'avons vécu. C'est tout de même quelque chose !

Et c'est face à ce constat que j'ai immédiatement voulu m'investir, c'était la possibilité pour moi d'aider et de me rendre utile dans à un moment inédit de l'histoire, mais aussi une opportunité inouïe d'apprentissage. Aussi tout en réalisant les tâches qui m'étaient attribuées, j'ai gardé les yeux ouverts et ai traité tous les milieux que j'ai investis avec la plus grande curiosité. Je dirais que cette courte période a été très enrichissante et m'a permis d'apprendre énormément sur divers aspects de la santé publique en France et dans le monde.

ET QUE DIRAIS-TU À UN EXTERNE QUI S'INTERROGE SUR LA SPÉCIALITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Nous faisons face à un événement exceptionnel de par sa rareté et son ampleur. Et la santé publique, à travers ses différents aspects – veille sanitaire, politiques de santé, hygiène, recherche... permet et permettra de faire dériver cet événement le plus loin possible de la catastrophe planétaire. N'est-ce pas excitant d'entrer en santé publique dans ces circonstances ? D'y contribuer ? D'être en mesure de comprendre intimement une crise comme celle-ci dans toute sa complexité ? D'en avoir une vision globale, macro, mais n'oubliant jamais l'échelle locale au contact direct du terrain ? Si en lisant ces mots tu ressens une exaltation, alors ta place est ici avec nous !

DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE DANS LE CADRE DU COVID-19

Propos recueillis par Cécile Longchamps, Interne en santé publique à Paris

C.L: COMMENT LE PROJET A-T-IL VU LE JOUR? A QUELLE PÉRIODE DE LA CRISE ÉTAIT-ON?

Actuellement en disponibilité pour réaliser le Mastère spécialisé de Santé Publique de l'école Pasteur/Cnam, spécialisation Risque Infectieux, j'ai été mobilisé début mars avant la mise en place du confinement.

Ce Mastère, réalisé après mon 6e semestre, s'inscrit dans un internat plutôt axé épidémiologie des maladies infectieuses, avec notamment des stages de recherche (unité INSERM, IRD en Thaïlande, URC...) mais aussi en prévention/promotion de la santé et au Ministère de la Santé.

Le responsable du Mastère m'appelle un mercredi soir vers 21h, me demandant d'être à l'Institut Pasteur le lendemain matin pour participer avec d'autres étudiants du Mastère à un projet nommé "Covidtele", avec une deadline de 48h pour rendre une première partie du travail.

C.L: QUELS ÉTAIENT LES OBJECTIFS DU PROJET, EN TERMES D'ORGANISATION DES SOINS ET DE RECHERCHE?

Suite à l'augmentation exponentielle de cas Covid-19 qui se profilait en France, l'objectif principal et immédiat du projet était de désengorger le SAMU et éviter une saturation du système de soins, dans ce contexte sanitaire instable.

Et plus particulièrement, en déterminant comment les applications mobiles à usage de santé et les outils de télémédecine pouvaient être intégrés dans le parcours de soins des patients suspects de Covid-19.

La télémédecine se définissant comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé.

De nombreux outils comme les plateformes de téléconsultation (i.e. lorsqu'un patient consulte à distance un professionnel de santé médical) étaient déjà existantes, mais leurs places dans le parcours de soin ne semblaient pas clairement définies. De plus, d'autres outils nu-



mériques comme les plateformes de télésurveillance médicale (i.e. lorsqu'un patient est suivi à son domicile par des indicateurs cliniques et/ou biologiques, collectés spontanément par un dispositif médical grâce à des algorithmes construits pour la pathologie concernée ou saisis directement par le patient ou un auxiliaire médical, puis transmis au professionnel médical via des services commerciaux de telemonitoring) type *Covidom* étaient mises en place dans divers hôpitaux. Enfin, des applications de triage ou pré-détection (pour orienter les patients avant tout contact médical) étaient en cours de développement. Une harmonisation des différents algorithmes de ces plateformes et applications étaient également nécessaire.

Après la mise en place de ce parcours de soin et avec l'harmonisation des données pouvant être

collectées, des objectifs de surveillance en temps réel et de recherche étaient par la suite définis.

C.L: COMMENT S'ORGANISAIT LE PROJET? QUEL ÉTAIT VOTRE RÔLE EXACT?

Différents groupes de travail ont été mis en place en urgence afin de monter le projet. J'y ai participé pendant deux semaines avant de travailler sur d'autres missions Covid.

Durant ces semaines, j'ai participé à trois de ces groupes de travail. Mon rôle était de diriger et coordonner les différents groupes, incluant une trentaine de participants chacun, d'horizons différents (médecins, professions juridiques, représentants de plateformes), ainsi que de synthétiser les conclusions qui en découlaient, afin de faire valider les différents outils par le Ministère de la Santé.

L'organisation de ces réunions se faisait via visioconférences.

A l'issue du premier groupe de travail, un parcours de soin incluant les différentes fonctions des outils existants (pré-détection, téléconsultation, aide à la décision, télésurveillance) a été mis en place (cf schéma).

Le 2^e groupe de travail auquel j'ai participé avait notamment pour but de définir un questionnaire patient et un algorithme décisionnel associé pour les applications de pré-

détection, permettant d'orienter le patient avant tout contact médical.

L'autre objectif était d'harmoniser les algorithmes de télésurveillance, avec un socle minimum de questions, afin d'homogénéiser les données. Ces outils, validés officiellement par le Ministère, pouvaient être utilisés par les acteurs de télé-médecine le souhaitant.

Le 3^e groupe de travail avait pour but d'identifier les principaux freins à l'utilisation à plus grande échelle de la téléconsultation et de la télésurveillance. Par exemple, la télétransmission pour les primo-consultations et la cotation des actes.

Ces freins étaient ensuite corrigés par le Ministère.

C.L: QUELLES ÉTAIENT LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA MISE EN PLACE D'UN TEL PROJET?

Les principales difficultés étaient l'urgence de la mise en place du projet avec des deadlines courtes et la multitude d'acteurs, une centaine de participants environ.

C.L: AS-TU EU UN RETOUR SUR L'UTILITÉ ET L'UTILISATION DES OUTILS DÉVELOPPÉS ?

Une application (maladiecoronavirus.fr), validée par le Ministère, a été créée à partir de l'algorithme du 2^e groupe de travail. Elle est destinée aux patients désirant s'orienter

avant d'avoir été en contact avec un professionnel de santé.

C.L: QUEL A ÉTÉ L'APPORT DE L'INTERNAT SUR UN TEL PROJET? LES COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES ?

En plus de mon apport de médecin dans les discussions autour des questionnaires et algorithmes, les compétences développées étaient la gestion de projet en équipe pluridisciplinaire et la rédaction de synthèses, compétences notamment développées au semestre précédent lors de mon stage au Ministère de la Santé.

J'ai pu également améliorer ma connaissance du système de soin, et notamment tout l'univers de la télémédecine.

C.L: TU AS ÉVOQUÉ D'AUTRES MISSIONS COVID RÉALISÉES PAR LA SUITE. PEUX-TU NOUS EN DIRE PLUS?

Il s'agissait de missions à temps partiel en télétravail.

La première s'est déroulée en avril pour le compte du Ministère de la Santé, avec la rédaction de fiches à destination des agents du Ministère

synthétisant les différentes recommandations des instances nationales (Haut Conseil de la Santé Publique - HCSP, Haute Autorité de la Santé - HAS...) et internationales (Organisation Mondiale de la Santé - OMS, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies - ECDC...) en lien avec le Covid.

La deuxième a débuté fin avril et est toujours en cours, pour le compte de Santé publique France. Un groupe d'internes de Santé Publique est chargé de la rédaction et de la mise à jour de fiches spécifiques à certains pays (une quinzaine, celle de la Corée du Sud pour ma part), résumant la situation épidémiologique et la gestion de la crise.

PRÉSENTATION DU DISPOSITIF COVISAN À AUBERVILLIERS

BONJOUR AXELLE, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Bonjour. Je suis interne en Santé Publique, actuellement en premier semestre. J'ai commencé l'internat en novembre 2019 avec un stage au Conseil Départemental du 93 (CD93), car j'étais intéressée par l'aspect prévention et promotion de la santé qu'offre ce stage.

RACONTE NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

J'ai intégré fin avril le dispositif de prévention et promotion de la santé "COVISAN", à Aubervilliers. Ce dispositif a été initié par l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). Il a été mis en place par le biais d'une collaboration entre le Centre Municipal de Santé (CMS) de la ville, l'hôpital Avicenne et le CD93. J'ai été missionnée par mon stage pour aider au démarrage de ce projet. Le but de COVISAN est de freiner la transmission du SARS-

CoV-2 en dépistant les personnes malades, en les aidant à se confiner chez elles et en faisant de l'enquête autour des cas. A Aubervilliers, une part importante de la population est précaire et de nombreuses personnes vivent en foyers ou dans des squats. Souvent, leur recours aux soins est faible du fait de difficultés financières et administratives (certaines personnes n'ont pas de couverture maladie). COVISAN permet d'aller vers cette population, en proposant un accompagnement médico-social actif et gratuit. Les patients qui consultent au CMS sont orientés vers un médecin du centre s'ils présentent des symptômes de Covid-19. Si le médecin juge qu'ils remplissent les critères d'inclusion dans le dispositif, ils sont directement orientés vers l'équipe COVISAN dont je faisais partie. Mes missions étaient alors multiples : je recevais les patients en binôme avec un(e) travailleur(se) social(e) pour réaliser une enquête autour d'un cas, évaluer les problèmes rencontrés pendant le confinement (difficultés dans la mise en place du confinement à domicile, mais aussi les violences conjugales, perte de revenus, etc.) et tenter de trouver des solutions avec le patient à ces problèmes, avec l'aide de mon binôme. Par exemple, nous pouvions lui proposer d'organiser un portage de courses à domicile, un héber-



gement à l'hôtel pour pouvoir se reposer durant la quatorzaine, ou encore une aide à l'ouverture des droits en santé. Finalement si un entretien avec la famille du patient était nécessaire, nous propositions à ce dernier une visite à domicile (VAD). Cette VAD était l'occasion de revenir sur les problématiques rencontrées lors du confinement par l'ensemble de la famille, de revoir avec eux les gestes barrières, et de les rassurer. Mes compétences médicales et de santé publique m'ont permises de pouvoir répondre à leurs questions concernant la transmission du virus, sa contagiosité, et la clinique. Elles m'ont aussi permises de faire un retour d'expérience au CD93 et de protocoliser certains aspects du dispositif, pour aider le CD93 et l'ARS à généraliser cette action à tout le département.

AVEC L'ARRIVÉE DE CE NOUVEAU CORONAVIRUS, COMMENT AS-TU VÉCU LES BOULEVERSEMENTS AU SEIN DE TON TRAVAIL ET LE CHANGEMENT D'ORGANISATION QUE CELA A DÛ NÉCESSITER ?

Cela m'a plutôt été profitable car j'ai pu découvrir et apporter ma contribution à un projet de santé publique innovant. J'ai adoré le côté prévention qui m'avait poussé à choisir ce stage en premier lieu. Avant la crise, la grève des transports a fait que j'ai eu du mal à concilier le terrain (consultations au CeGGID (Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage), dépistages en foyers de patients migrants) et l'avancement sur mon projet, car j'habitais loin du 93 et donc j'ai beaucoup été en télétravail. COVISAN m'a permis de travailler plus sur le terrain et de voir un projet de prévention en santé se réaliser de A à Z. J'ai pu tisser des liens avec des infirmières, des travailleuses sociales, des médecins généralistes, des cheffes de projet, des médiateurs en santé. Nous nous sommes entraînés dans la mise en place de ce dispositif et nous avons beaucoup appris les uns des autres. Chacun a acquis une expérience propre du soin et de la prévention au cours de sa vie professionnelle, donc c'était très enrichissant de pouvoir partager nos points de vue. Enfin le fait d'apporter des solutions immédiates et concrètes aux patients m'a fait me sentir utile et a renforcé ma conviction que la prévention est souvent indispensable en complément du soin.

AVEC UN PEU DE REcul À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE AU COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

J'ai tout de même peu de recul du fait de mon arrivée récente en santé publique. Arrivée qui a été d'abord perturbée par la grève des transports en commun, puis par la crise sanitaire actuelle. Mais je dirais que le rôle de l'interne en santé publique est de réaliser une approche populationnelle de la santé, et non une approche individuelle. On doit réfléchir à toucher le plus de personnes possible par nos actions. Par exemple, l'enquête autour d'un cas et l'éducation en santé dans une crise comme celle-ci sont capitales, car elles permettent de stopper la chaîne de transmission du virus en l'absence d'un vaccin existant. Notre expertise médicale est également essentielle pour comprendre et résoudre certaines problématiques de santé publique, je m'en suis rendue compte lors de mon stage et également lors du projet COVISAN. Nous apportons des connaissances et une expérience pratique à des projets qui permettent d'agir sur la santé à grande échelle.

PERCEPTIONS ET IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 CHEZ LES POPULATIONS PRÉCAIRES

MES DÉBUTS DANS LA CRISE

Je suis interne en santé publique à Paris, en 5e semestre. J'ai un parcours assez varié car c'est justement la diversité de la santé publique qui m'a poussée à choisir cette spécialité. Je m'intéresse plus particulièrement à la recherche dans le domaine de la santé globale.

Mon implication dans la gestion de la crise a débuté fin janvier lorsque, en tant que présidente de l'association des internes de Santé Publique d'Ile-de-France, j'ai commencé à coordonner les renforts des internes de santé publique volontaires pour venir prêter main forte aux équipes de l'Agence Régionale de Santé, du Centre de Crise Sanitaire du Ministère de la Santé, de Santé Publique France et, à partir du confinement, aux Equipes Opérationnelles d'Hygiène.

En disponibilité pour réaliser un mastère durant cette période, j'ai également eu l'occasion de moi-même venir en renfort sur ces 3 dernières structures à partir de mars, ce qui m'a permis de prendre part à la gestion de l'épidémie à différents niveaux. Enfin, fin avril, au vu de la situation, j'ai décidé de reporter mon stage de mastère au Sénégal et de réintégrer un stage d'internat et ai rejoint l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale de l'Insti-

tut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP). C'est ainsi que j'ai commencé à travailler sur l'étude ECHO.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE SOCIALE

L'Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale (ERES) de l'IPLESP¹ est une unité INSERM qui s'attache à étudier les déterminants sociaux de la santé (niveau socio-économique, environnement de vie, etc.) et l'impact des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Ceci suppose donc une approche multidisciplinaire et une collaboration étroite entre épidémiologistes, professionnels de santé, professionnels du secteur médico-social, sociologues, etc.

L'équipe de recherche de l'étude ECHO comprend, quant à elle, des chercheurs d'ERES, mais aussi des membres du laboratoire de recherche Health Services and Performance Research (HESPER) à Lyon, de Santé Publique France et de l'association Habitat et Humanisme.

¹ Pour plus d'informations, visitez le site ou le blog de l'équipe : <http://www.iplest.fr> ou <https://soepidemie.com/>



L'ÉTUDE ECHO

L'étude ECHO est une étude qui vise à évaluer les perceptions, connaissances et pratiques liées à l'épidémie de COVID-19 chez les populations en situation de précarité en centre d'hébergement, ainsi que l'impact de l'épidémie, et notamment du confinement, sur leur situation socio-économique, leur accès aux soins et leur santé mentale.

Les « populations en situation de précarité », « ces invisibles rendus visibles par la crise » dont on a beaucoup entendu parler récemment, correspondent à une diversité de situations : migrants avec ou sans papiers, sans domicile fixe français, personnes à la rue, en centre d'hébergement, sans emploi ou avec emploi précaire, isolées ou en famille.... On retrouve dans ces populations plusieurs facteurs pouvant freiner l'application des mesures de prévention recommandées et le suivi du circuit de soins prévu

dans le cadre de l'épidémie, tels que la précarité financière, la promiscuité dans les logements, une faible maîtrise du français, un faible niveau de littératie en santé².... Par ailleurs, une détresse psychologique est fréquemment retrouvée chez ces populations aux parcours de vie difficile. Il nous paraissait donc essentiel de vérifier si ces freins étaient réels ou non dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 et de s'intéresser aux conséquences de l'épidémie chez ces populations afin d'apporter aux décideurs et aux professionnels travaillant auprès de ces publics des éléments pour leur permettre de mieux les informer et les prendre en charge.

Afin d'étudier ces différentes dimensions, nous avons inclus dans l'étude un volet quantitatif mais également un volet qualitatif cherchant à approfondir la perception du confinement. Compte tenu de l'incertitude concernant la date de fermeture de certains centres, la rédaction du protocole et la soumission au comité éthique ont dû se faire très rapidement. En effet, les premiers centres qui ont accepté de participer à l'étude étaient des centres dans des hôtels ouverts pour la mise à l'abri des personnes à la rue durant le confinement.

Après avoir participé à la rédaction du protocole et du questionnaire, l'opportunité m'a été donnée de coordonner l'activité des centres franciliens et strasbourgeois. A par-

² Littératie en santé : « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé » (Sørensen et al., 2012)

tir de mai, j'ai ainsi réalisé l'inclusion des centres (18 centres furent inclus au total : 12 en Ile-de-France, 5 à Lyon et 1 à Strasbourg). Il s'agissait d'échanger avec chaque centre sur leur organisation et sur les contraintes liées à la réalisation de l'étude (échantillonnage, consentement...) pour pouvoir adapter la mise en place de l'étude aux spécificités de chacun. Il était également important de former les équipes des centres, toujours très intéressées et volontaires, à la présentation de l'étude aux usagers et à la passation du questionnaire. Certains centres n'ayant pas la capacité de faire passer eux-mêmes les questionnaires, il fallut également recruter et former des bénévoles dédiés à l'étude.

Une fois l'étude lancée, un suivi de l'activité, un contrôle qualité des données et un accompagnement des centres était nécessaire, la passation du questionnaire pouvant présenter des difficultés du fait de la barrière de la langue, même si les entretiens avaient lieu avec un interprète téléphonique pour les participants non francophones ou non anglophones. Par ailleurs, les questions relatives à la santé mentale et à la consommation de substances addictives pouvant mettre mal à l'aise aussi bien l'usager que l'enquêteur. Les membres de l'équipe d'ECHO et moi-même avons également participé à la réalisation des entretiens, y compris les week-ends afin d'essayer d'inclure les usagers qui n'étaient pas présents en semaine. Cette activité de terrain s'est révélée essentielle

pour mieux appréhender l'organisation des centres durant la crise, les difficultés rencontrées pour appliquer les mesures, le ressenti et les inquiétudes des usagers vis-à-vis de l'épidémie, des conséquences sur leurs démarches administratives, du flou sur la date de fermeture de certains centres...

Le recueil des données s'est terminé début juin. Nous avons entamé l'analyse des données et allons essayer de diffuser rapidement les premiers résultats qui montrent notamment une bonne connaissance des mesures de prévention chez les participants à l'étude.

EN CONCLUSION

Mon expérience de la crise fut une source d'enrichissement dans mon parcours d'interne en médecine de santé publique en me permettant de mobiliser des connaissances cliniques tout en développant des compétences en épidémiologie, prévention, organisation des soins et sciences sociales, grâce à une approche multidisciplinaire et pluri professionnelle, essentielle en santé publique.

Cécile Longchamps

FOCUS SUR LA MISE EN PLACE DU DÉPISTAGE EN GUYANE

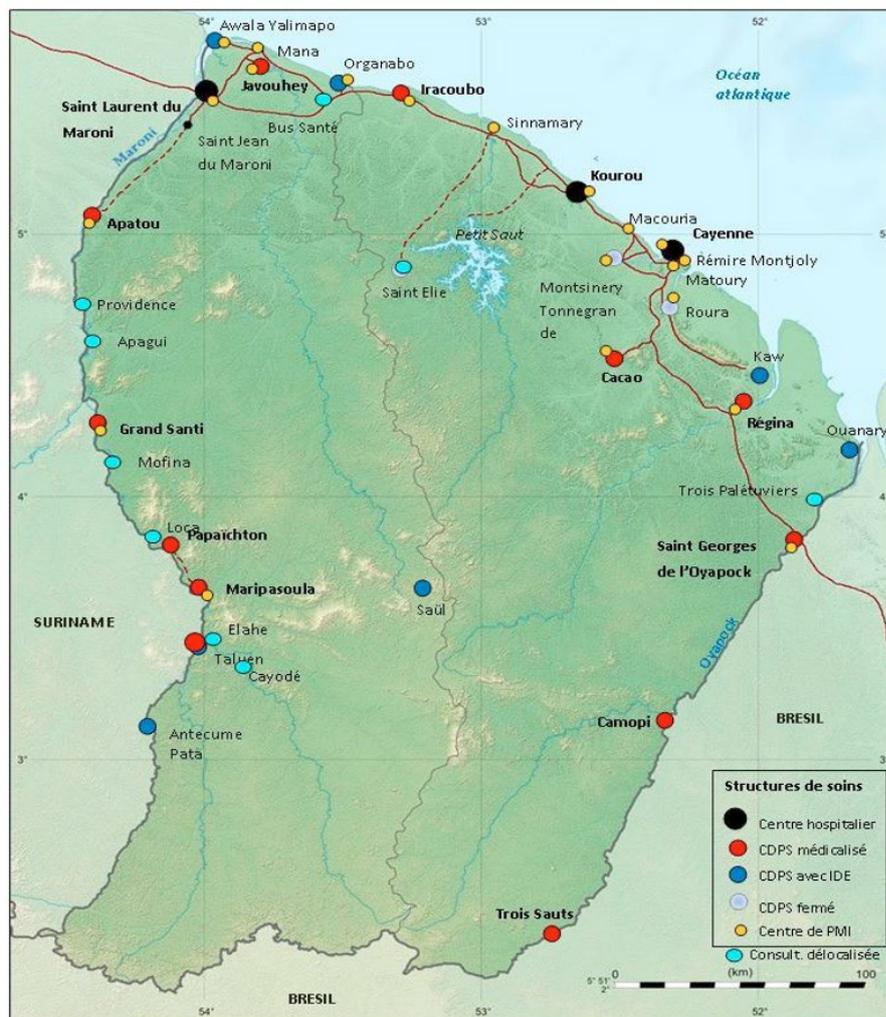
Propos recueillis par Aline-Marie Florence, Interne en santé publique à Tours

A-M.F: BONJOUR YANN, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Après deux premiers semestres à Bordeaux, j'ai poursuivi mon internat à Cayenne en novembre 2017. J'ai très rapidement été inclus dans l'équipe du projet Malakit, fruit d'une coopération entre le Brésil, la Guyane et le Suriname pour la lutte contre le paludisme. Malakit est devenu le sujet de ma thèse de sciences que j'espère soutenir en 2021.

En plus des trois centres hospitaliers situés sur le littoral (Cayenne, Kourou, Saint Laurent), la Guyane est maillée par un réseau de dispensaires (CDPS¹) dont la gestion est centralisée au Centre Hospitalier de Cayenne. Pendant l'épidémie en Guyane, j'ai effectué mon stage au sein des équipes mobiles de santé publique rattachées aux CDPS qui œuvrent pour le développement et

¹ Centres Délocalisés de Prévention et de Soins



Réseau des dispensaires et hôpitaux de Guyane

l'appui des actions de prévention en santé communautaire.

A-M.F: PEUX-TU NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON EXPÉRIENCE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID SUR LE TERRAIN ?

En Guyane, l'épidémie a connu deux phases. La première, de mars à mai, a été marquée par le confine-

ment de la population sans distinction géographique ni épidémiologique. En Guyane, il y a d'abord eu quelques cas importés par les vols Paris-Cayenne, puis plusieurs clusters rapidement circonscrits. Cette phase a permis la structuration des premières filières COVID au CH de Cayenne et dans les CDPS, avec une pénurie en solution hydro-alcoolique, masques et blouses à

usage unique malgré l'absence de véritable épidémie.

A partir de mai, l'épidémie de COVID a connu une flambée à Saint-Georges de l'Oyapock, liée à l'augmentation des cas dans la ville frontalière d'Oiapoque au Brésil. Avec la levée des mesures de confinement, l'épidémie s'est ensuite développée sur le reste du littoral (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent). Mi-juin, seule la commune de Maripasoula semblait épargnée.

Pendant la première phase, j'ai renforcé l'EOHH² pour la conception et la confection locale de masques en tissu à destination du personnel hospitalier. J'ai aussi pris part à plusieurs missions mobiles pour évaluer la situation épidémiologique sur le terrain et guider l'élargissement du dépistage lors de la survenue des premiers cas (Grand-Santi et Saint-Georges). A Saint-Georges, le dépistage exploratoire dans plusieurs quartiers ayant révélé un grand nombre de cas et une transmission plus étendue, les autorités sanitaires ont décidé de mettre en place un dispositif de dépistage de la population entière, mobilisant beaucoup de ressources.

A partir de juin, malgré le changement de stage, j'ai poursuivi mes missions dans les équipes mobiles de santé publique pour évaluer la situation sur les communes du Haut Maroni (Maripasoula, Papaïchton) et participer à la mise en place du dépistage.

² Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

A-M.F: COMMENT SE STRUCTURE LA MISE EN PLACE DU DÉPISTAGE EN PRATIQUE À MARIPASOULA ? QUELLE STRATÉGIE A ÉTÉ DÉCIDÉE POUR TOUCHER LA POPULATION ?

Le réseau des dispensaires constitue le moyen d'accès privilégié pour la prévention ciblée et individuelle. Concernant la prévention à plus grande échelle, les méthodes employées, sans être complètement aux antipodes de celles utilisées en métropole, doivent nécessairement être adaptées au terrain.

Maripasoula est une commune de près de 20 000 habitants vivant le long du fleuve Maroni, frontière de la Guyane avec le Suriname. Plusieurs communautés cohabitent, avec des langues et cultures diverses, notamment des Wayanas, Alukus et Brésiliens. La principale difficulté du dépistage sur ce territoire consiste à pouvoir toucher tout le monde, géographiquement et linguistiquement. Il y a également un ancrage fort de certaines représentations à déconstruire nées des croyances individuelles et de fausses informations, diffusées notamment via les réseaux sociaux.

Contrairement à Saint-Georges où le dépistage massif a pu être mis en place dans différents quartiers grâce à des renforts humains sur des postes de dépistages et l'existence d'un réseau associatif de médiation, à Maripasoula le manque de ressources humaines rendait cette stratégie impossible. La solution a été le renforcement des



Dépistage mobile dans le village de Trois Palétuviers, sur le fleuve Oiapoque

équipes mobiles, associant des médiateurs issus de la communauté et des soignants avec une expérience du territoire, permettant de dépister et sensibiliser les communautés les plus isolées du dispensaire de Maripasoula.

Dans le bourg de Maripasoula, faute de dépistage élargi, les habitants sont régulièrement incités à venir consulter au dispensaire en cas de symptômes via la diffusion de messages radio et sur des groupes Whatsapp, ainsi que des campagnes d'affichage dans certains lieux stratégiques. Les affiches sont volontairement humoristiques ou percutantes afin de susciter un questionnement.

Les maraudes dans les quartiers sont notre plus grand moyen de prévention : des volontaires vont à la rencontre des habitants pour amorcer une discussion et aborder des questions liées à l'épidémie. Face aux informations données, les réactions sont variables : peur, déni,



Bureau de médiation dans le dispensaire de Maripasoula
(Crédit image: Charlotte Berthet-Rivière)

mais aussi bienveillance et reconnaissance. Un travail de formation et de réassurance des volontaires est nécessaire pour éviter leur épuisement et leur découragement.

Néanmoins, pour certaines communautés isolées, le changement des comportements repose avant tout sur un travail par la communauté elle-même. Il ne s'agit alors plus d'une médiation en santé ponctuelle, mais de l'accompagnement de personnes-relais communautaires non professionnelles, souvent sur plusieurs années. On imagine donc bien les freins qui peuvent exister sur la mise en place « urgente » d'un dépistage auprès de ces communautés et sur l'adoption de gestes barrières...

Bureau de médiation dans le dispensaire de Maripasoula (Crédit image: Charlotte Berthet-Rivière)

A-M.F: CETTE ÉPIDÉMIE A-T-ELLE MODIFIÉ TA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?

En santé publique, les crises sont pour nous une formidable occasion d'apprendre sur les dysfonctionnements des organisations, des communautés et des sociétés et réfléchir aux actions à mener. Cette période de crise sanitaire me conforte dans l'idée que l'apprentissage sur le terrain est primordial. En Guyane, la multiplicité des contextes (géographiques, démographiques, culturels et logistiques) nous oblige à adapter au

cas par cas notre raisonnement et notre réponse en santé publique.

Notre travail s'inscrit toujours en coopération au sein d'une équipe et doit venir appuyer les compétences de chacun. Nous devons faire valoir notre rôle d'interface et d'expertise issue à la fois de notre expérience sur le terrain et de notre formation théorique.

Cette expérience épidémique en Guyane souligne l'importance d'équipes mobiles associées à un territoire et qui disposent de compétences en santé publique : prévention, médiation, santé communautaire, coopération transfrontalière, veille sanitaire et épidémiologie de terrain. Ces équipes mobiles permettent d'aller hors des murs des dispensaires et de créer un lien entre les communautés, les soignants, les associations et les institutions sanitaires.

IMPACT DU CONFINEMENT SUR LA SANTÉ MENTALE

BONJOUR KEVIN, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP. PEUX-TU TE PRÉSENTER ET NOUS RACONTER BRIÈVEMENT TON PARCOURS ?

Kevin Ouazzani, je suis interne de santé publique bordelais en 8ème semestre. Mon parcours est assez classique pour un ISP : DU d'épidémiologie à l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement) la première année d'internat, puis Master 2 d'informatique médicale, tout en touchant un peu à tous les terrains de stages (Service de soutien méthodologique, DIM, ARS, Recherche clinique, Prévention). On a la chance de pouvoir construire des maquettes assez diversifiées à Bordeaux, et j'en ai donc profité pour me faire une idée sur les toutes les débouchées possibles. Au-delà du côté académique, j'ai participé à l'organisation du SANFI (Séminaire Annuel de Formation des Internes de Santé Publique) en 2018, je fais du tutorat pour la LCA à l'Université et j'ai participé au soutien méthodologique de plusieurs thèses de médecine.

RACONTE NOUS TA/TES MISSIONS SPÉCIFIQUES AU COVID, ET COMMENT AS-TU MIS TES COMPÉTENCES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU COURS DE L'ÉPIDÉMIE ?

Pour être honnête, les premières "semaines COVID" ont été assez chaotiques. Les ISP de Bordeaux ont tout de suite cherché à se rendre utile, ce qui n'était pas toujours évident. Des astreintes téléphoniques à l'ARS ont été rapidement mises en place, et beaucoup d'ISP de Bordeaux y ont participé. Il s'agissait de contact-tracing et d'explication de consignes aux personnes infectées par le COVID mais il était difficile de voir la valeur ajoutée de l'interne de santé publique dans ce dispositif, au-delà de sa simple formation médicale.

De mon côté, je faisais mon stage au sein d'une équipe de recherche sur la santé mentale des étudiants menée par le Pr Tzourio (étude I-share), et j'ai eu la chance de pouvoir participer à un projet de recherche mis en place à l'occasion de l'épidémie : l'étude CONFIN. Il s'agissait de mesurer l'impact du confinement sur la santé mentale des étudiants et de la population générale. J'ai participé à l'élaboration du questionnaire de recherche,



notamment sur la partie vaccination et désinformation, qui constitue aussi mon sujet de thèse (ça tombe bien non ?).

Par ailleurs, j'ai aidé à l'élaboration de fiches synthèses COVID pour Santé Publique France, d'abord sur l'Iran, puis sur l'Allemagne (toujours en cours). Enfin, j'aide l'étude COVERAGE - qui est un essai clinique ambulatoire multibras dont le centre promoteur est Bordeaux - sur certains aspects de sa communication interne.

L'ensemble de ces missions mobilise à la fois les compétences de synthèse de littérature, scientifique et plus généraliste, de rédaction et de communication acquises au cours de mon internat. L'aspect recherche est aussi omniprésent.

Bref, j'ai de quoi m'occuper depuis le début de l'épidémie.

CETTE ÉPIDÉMIE A-T-ELLE MODIFIÉ TA VISION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? A-T-ELLE CHANGÉ OU APPORTÉ DES OBJECTIFS À MOYEN/LONG TERME DANS TA FUTURE CARRIÈRE (THÈME DE TA THÈSE, D'UNE ANNÉE RECHERCHE...?)

Deux choses m'ont marquées au cours de cette épidémie.

La première c'est que la LCA, et au-delà la formation en épidémiologie pour les ISP, est vraiment une pierre angulaire de la formation des futurs médecins. Médecins qui pourraient d'ailleurs être un jour professeurs dans des centres de recherche, des IHU.... Au passage, cette épidémie a été l'occasion de toucher du doigt la nature indispensable des méthodologistes, épidémiologistes et donc médecins de santé publique sur du (très) long terme.

La seconde c'est que la voix rationnelle de la santé publique, qui certes est loin d'être unique et exempte de biais, reste à mon sens assez peu audible notamment dans les médias. . Cela alimente aussi la discussion autour des interactions entre le monde de la recherche et de la politique, et je laisse le soin aux philosophes des sciences d'en

faire une modeste synthèse de quelques (centaines de) pages.

Cela n'a quasiment pas changé mon parcours, puisque par exemple je travaillais déjà sur la désinformation et la communication en santé avant l'épidémie.

AVEC UN PEU DE RECUL À PRÉSENT, COMMENT DÉCRIRAIS-TU, SUITE AU COVID-19, À DES JEUNES ÉTUDIANTS LE RÔLE DE L'INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE ET SON INTERNAT ?

A mon sens, il s'agissait d'un moment unique et précieux d'apprentissage. Une compétence centrale de tout interne de santé publique, tout au long de son internat, quelle que soit sa sur-spécialisation, est de savoir observer et comprendre les événements avec un regard critique et éclairé par les données scientifiques.

Notre formation est d'ailleurs essentiellement axée autour de deux capacités. La première est plutôt une capacité d'analyse, qu'elle soit « épidémiologique », mais aussi « politique », « sociale », « médicale » etc... Chacun pourra trouver une dimension qui le motive et lui correspond.

Quant à la seconde, la capacité d'action, elle est bien évidemment guidée par l'analyse qui la précède, et c'est aussi ça qui caractérise le

rôle de l'ISP : savoir aider pour la prise de décisions, faire des choix, proposer des alternatives, aider à monter des projets de recherche, en fonction des observations précédentes, des données de la science et du contexte politique et social. Le Covid-19 a été l'occasion de voir l'étendue des interventions possibles en cas d'épidémie (du confinement strict global, aux mesures barrières, à l'absence d'intervention dans certains pays, à l'utilisation d'outils numériques...). Puis vient le temps de l'évaluation de ces actions, et donc un retour vers l'analyse, puis à nouveau une correction des actions précédentes etc...

L'interne de santé publique est un rouage essentiel de ce cycle entre « analyse » et « action », et pourra trouver sa place dans tout type d'organisation (de recherche, politique, médicale...). Le covid-19 a été l'occasion d'en observer une version accélérée, de par la nature extrêmement rapide de l'épidémie, et la nécessité d'une action précoce.

Enfin, il y a peut-être un champ qui devrait être davantage investi par les ISP, et qui a peut-être manqué lors de cette épidémie : celui de la communication sur les sujets de santé. La thématique est large (littératie en santé, travail sur la désinformation, conseil en communication médicale...) mais mériterait d'être davantage visible et présente dans la formation des internes.

ITW DE M. NICOLAS GRANER : VULGARISATION ET MÉDIATION SCIENTIFIQUE

Propos recueillis par Jonathan Allouche, Interne en santé publique à Nice

J.A : BONJOUR MR GRANER, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ NOTRE INTERVIEW POUR LE PROCHAIN BULLETIN DU CLISP, POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER VOTRE PARCOURS ?

Bonjour, et merci à vous.

Je suis ingénieur en informatique de formation et de tout temps intéressé par les sciences au sens large. Avant mes études d'ingénieur j'ai d'ailleurs fait une classe préparatoire scientifique. Passionné, j'ai pensé à m'orienter vers le métier de journaliste scientifique. Cependant l'instabilité de ces postes m'a amené à intégrer comme ingénieur système le service informatique de l'université Paris-Sud (aujourd'hui Paris-Saclay) qui constitue en même temps un pôle de ressources scientifiques variées.

J'ai pu saisir l'opportunité de diffuser les connaissances scientifiques à partir de 2005, au sein du Centre de Vulgarisation de la Connaissance, intégré au sein du pôle COMPAS (service de Communication, Médiation et Patrimoine Scientifiques) depuis 3

ans. Au départ il n'y avait pas vraiment de « formation type » pour la vulgarisation scientifique, et en apprenant à la fois par la lecture de revues de vulgarisation comme « Pour la Science » et par l'apprentissage sur le terrain, j'ai pu contribuer à la pérennité de ce projet dont j'occupe la direction depuis 2008. L'ensemble de cette structure étant donc rattachée désormais à l'université Paris-Saclay.

J.A: POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS SUR LE MÉTIER DE MÉDIATEUR SCIENTIFIQUE (UNE JOURNÉE TYPE, VOS MISSIONS, UN EXEMPLE PRÉCIS, INTERACTION CHERCHEUR-MÉDIATEUR) ?

On pourrait dire qu'il existe une partie production de contenu et une autre diffusion du contenu.

La première se fait essentiellement au bureau sur ordinateur, et consiste à produire du contenu scientifique vulgarisé à partir d'entretiens avec les chercheurs notamment, mais aussi toute personne souhaitant diffuser au mieux ses connaissances. Il n'y a donc pas vraiment de généralité dans le domaine de la vulgarisation tant il existe une grande variété de sujets (autant que de sciences différentes), d'outils et de publics différents. Le contenu peut

aller de la science fondamentale (mathématiques, physique-chimie, biologie...) aux sciences économiques, juridiques, civiques..., mais très peu médicales ! Le public peut être au plus large (grande exposition scientifique) comme au plus spécialisé (ateliers scolaires, formations pour doctorants en vulgarisation). Et puis nous avons une multitude d'outils permettant la production de ce contenu avec les nouvelles technologies notamment Internet avec réseaux sociaux, les visioconférences.

Mais notre métier a aussi un aspect plus « sur le terrain », car c'est aussi aider à la diffusion du contenu et donc, par la médiation scientifique, jouer le rôle de passeur entre le public et les scientifiques. Par exemple, nous pouvons être chargés d'organiser des visites de laboratoires lors des « Jeudis de la Recherche », mais dans l'autre sens nous pouvons être missionnés pour emmener les scientifiques vers un public précis que l'intervenant souhaite cibler pour des conférences ouvertes au public par exemple. Nous présentons régulièrement la vulgarisation scientifique et aidons au déroulement d'expositions/ateliers tels que la « Fête de la Science ».

Par conséquent notre champ d'action est à la fois présentiel, audiovisuel, et par écrit.

J.A: VOUS EXERCEZ AU COMPAS, POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER CE CENTRE ET SON HISTOIRE, SON ORGANISATION ?

Le Centre de Vulgarisation de la Connaissance (CVC) a été créé en 1993 par un chimiste, Lionel Salem, qui s'inquiétait de la fracture entre « ceux qui savent » et des publics parfois curieux mais manquant souvent d'information rigoureuse. À l'époque, peu de chercheurs se préoccupaient de vulgarisation, une activité absolument pas reconnue par les institutions. L'objectif initial du CVC était de vulgariser tous les domaines de la connaissance (une de ses premières réalisations a été une série de « guides du citoyen » sur des thèmes d'éducation civique) mais il s'est très vite recentré sur la culture scientifique. Bien que soutenu par plusieurs universités et organismes de recherche, il n'a jamais été doté de postes en propre, fonctionnant grâce à des chercheurs et enseignants en détachement partiel et autres arrangements à l'amiable.

En 2008 le CVC, alors en situation très précaire, est devenu un service de la Faculté des Sciences d'Orsay, ce qui lui a assuré une certaine stabilité. En 2017 il a fusionné avec les services de communication et de création audiovisuelle pour donner le COMPAS, ce qui place la médiation scientifique au même niveau

que la communication dans les priorités de l'université Paris-Saclay.

Cette évolution reflète l'importance croissante de la diffusion des savoirs dans les missions des chercheurs et des institutions scientifiques. Marginale, voire incongrue, en 1993, cette activité est aujourd'hui omniprésente. Ainsi, les appels à projets de recherche comportent généralement un volet sur la communication des résultats vers le grand public, et des chercheurs nous demandent parfois de nous associer à eux pour y répondre.

J.A: COLLABOREZ-VOUS AVEC D'AUTRES DISCIPLINES NOTAMMENT EN MÉDECINE ? L'INTERDISCIPLINARITÉ EST-ELLE IMPORTANTE DANS LA VULGARISATION SCIENTIFIQUE ?

Il faut savoir que la vulgarisation en elle-même n'est pas forcément interdisciplinaire, souvent chaque spécialiste a son domaine d'étude – ou plutôt ici domaine d'information – comme un peu en recherche fondamentale. Cependant le rôle complémentaire de médiateur scientifique permet d'aborder et de collaborer avec différentes disciplines. Quand on est médiateur on peut soit transmettre les connaissances d'un savant à un public, soit organiser une rencontre du public vers le « monde » du savant. Je dirais donc que médiation, plus que vulgarisation, rime avec interdisciplinarité.

Pour répondre à la première question, nous travaillons peu avec les

médecins pour plusieurs raisons. La première est que nous sommes rattachés à une faculté des sciences et que l'UFR médecine ou pharmacie ont leur propre campus. La deuxième, plus complexe, est que l'information médicale n'a pas la même portée ni les mêmes conséquences que l'information scientifique au sens large : ce n'est pas la même chose si je vous parle de la raison pour laquelle le ciel est bleu ou du bon usage des antibiotiques ! Nous ne pouvons donc pas prendre la responsabilité de vulgariser, unilatéralement, sans collaboration étroite, une information médicale au grand public. Je remarque d'ailleurs que les associations de patient se dirigent plutôt vers les facultés de médecine. Cela n'empêche pas que j'organise des conférences sur des sujets médicaux mais ayant trait à la fois à la culture scientifique (fait bien établi et connu dans un domaine d'une science) et à la recherche (enjeux actuels et futurs). Pour exemple, je travaille avec une association qui s'appelle « UniverCité Ouverte » et qui aborde tous les aspects de la culture. La culture scientifique en général et médicale en particulier est présente avec des thèmes comme les grandes épidémies, la vaccination ou le handicap moteur.

Donc je ne dis pas que le monde médical est « fermé » mais je regrette de ne pas assez voir les médecins se former à la vulgarisation scientifique. Savoir transmettre un savoir n'est pas toujours chose aisée même si l'on est le garant de la connaissance, il faut s'adapter à la

personne, trouver les bons mots. Ce bulletin me fait penser que la santé publique mériterait vraiment de collaborer avec notre discipline tant le domaine de la communication y est important et pourquoi pas aider d'autres spécialités médicales à franchir le pas !

J.A: ET QUELLES SONT DONC LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS OUVERTES AUX SCIENTIFIQUES QUI VEULENT COMMUNIQUER SUR LEUR RECHERCHE, AVEC OU SANS L'AIDE D'UN MÉDIATEUR.

Et bien on peut voir cela sous différentes dimensions. On peut tout d'abord utiliser la méthode en présentiel, en donnant une conférence par l'intermédiaire d'un médiateur pour l'organiser puis afin qu'elle soit retranscrite par la suite et diffusée (mais on peut tout aussi bien le faire par soi-même et se passer de médiateur). Par exemple il m'est arrivé de travailler avec des professeurs en milieu scolaire afin d'organiser des rencontres avec des chercheurs pour à la fois présenter leur travaux et susciter des vocations.

Ou, on peut aussi utiliser un cadre existant tel qu'une revue pour donner une interview par exemple, ou même utiliser un réseau social comme Youtube qui propose des chaînes d'interviewers ! Mais la troisième option qui est celle de créer son propre cadre est intéressante. Elle permet dorénavant par la diversité des outils numériques connectés d'atteindre un plus grand public et de gagner en facilité d'accès à l'information. Sans oublier évidemment la radio et les podcasts qui aux heures de grande écoute restent des références !

Nous sommes donc là pour orienter, guider au mieux le scientifique, pour s'adapter au mieux à son public et faciliter la transmission de ses connaissances, ce qui est un enjeu majeur pour notre société !

ITW DE MME ANNE LAURENT, DIRECTRICE DE L'INSTITUT RENAUDOT À PARIS

Propos recueillis par Jonathan Allouche, Interne en santé publique à Nice

J.A: BONJOUR MADAME LAURENT, MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ CETTE INTERVIEW DANS LE CADRE DU PROCHAIN BULLETIN DU CLISP, POUVEZ-VOUS VOUS PRÉSENTER AINSI QUE VOTRE PARCOURS ?

Bonjour, je suis Anne Laurent, occupant le poste de directrice de l'Institut Renaudot depuis 2020. J'ai un double parcours à la fois en sociologie de par ma formation initiale mais également un parcours de santé publique en promotion de la santé. Je suis arrivée en santé publique grâce au monde associatif, via une association dont l'objectif principal portait sur la santé des jeunes. Avec au début des années 90, un contexte particulier celui de la pandémie du Sida. Il était surtout question de prévention et promotion de la santé mais aussi d'utiliser mes compétences en sociologie pour mieux comprendre les représentations des jeunes concernant leur vie affective et sexuelle dans ce contexte, leurs comportements, leurs connaissances, leurs appréhensions afin de proposer des contenus et des approches en éducation à la sexualité adaptés à leurs

besoins. C'est là que ma rencontre avec le Pr Jean-Pierre Deschamps s'est avérée être une opportunité pour entrer dans l'univers de la santé publique. D'abord via l'équipe de recherche du centre de médecine préventive de Nancy dirigée par le Pr Deschamps, puis en tant que consultante en promotion de la santé et au sein de la Société Française de Santé Publique comme chargée de mission. Avant d'occuper le poste de directrice de l'Institut Renaudot, j'avais déjà eu l'occasion de croiser des membres de l'Institut lors de colloques, ou d'interventions ponctuelles dans le cadre de diagnostics en santé communautaire, où l'on fait l'état des lieux d'une situation sur un territoire, sur des questions de santé, avec une équipe pluridisciplinaire et les personnes concernées.

J.A: POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER L'INSTITUT RENAUDOT, SON HISTOIRE AINSI QUE SA STRUCTURE ? AVEZ-VOUS DES EXEMPLES DE MISSIONS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE ?

L'Institut Renaudot a été fondé en 1981 par des professionnels de santé (essentiellement des médecins de santé publique et cadres de santé) qui exerçaient dans des centres de santé ou dans des col-

lectivités territoriales et dont la volonté commune était d'échanger et de se retrouver pour insister sur l'importance des soins de santé primaire, promouvoir les actions locales et défendre la dimension sociale de la santé. C'est ainsi que l'Institut prend au départ une structure associative. Puis dans les années 90, le développement de la prévention et de la promotion de la santé, la part progressivement plus importante de l'usager au sein du système de santé et le partage d'expériences de professionnels d'horizons divers, font de l'Institut une association dont l'objet va se centrer sur les démarches de santé communautaire. Par la suite il y aura la création d'une charte des pratiques de santé communautaire en France, et la reconnaissance de l'Institut au niveau européen en 1998 par la représentation en tant que branche française au sein du SEPSAC (Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire). Aujourd'hui nous pouvons donc dire que nous sommes une association de promotion de la santé à travers les démarches communautaires en santé.

Cette démarche, consiste à associer les différentes parties prenantes du système de santé - pris dans son acception la plus large - afin d'aboutir à un partage de

l'information, de la connaissance, de l'expérience jusqu'à la co-décision, la co-construction de projets notamment dans le cadre de politiques locales de santé. Nous mettons en lien les professionnels de santé (non seulement médecins) mais aussi les professionnels du social, de l'éducation etc, les élus (notamment locaux), les institutions et les Habitants/Usagers/Citoyens (HUC) possédant cette « expertise de vie ». Nous sommes souvent sollicités par des institutions, (ARS), les collectivités territoriales et depuis peu les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) pour mettre en œuvre des démarches de santé communautaire. L'institut se compose d'une équipe de 6 personnes dont 4 chargés de projets ayant des spécificités de missions différentes : une personne travaillant sur la territorialisation de l'Institut afin de rassembler les acteurs de santé impliqués ou intéressés par les démarches communautaires en santé sur les territoires, une autre abordant les questions de formation, action et d'évaluation, une chargée de projet plus particulièrement impliquée dans l'accompagnement de ces démarches, et enfin une personne située à Mayotte dans le cadre de la réalisation d'un DU d'animateur de démarche de santé communautaire.

J.A: QUELLE EST LA PLACE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN FRANCE ?

La santé communautaire est une démarche qui consiste à partager les pouvoirs et savoirs entre les acteurs concernés par les questions de santé ; des politiques aux professionnels de santé en passant par les professionnels de l'urbanisme ou d'autres domaines, et les habitants. Il s'agit d'une démarche de co-construction de cogestion de la santé afin de partager tant les constats sur le terrain que les décisions pour résoudre les problèmes. Elle vise donc des changements dans les politiques de santé, dans les pratiques, dans les organisations en accompagnant les personnes à réfléchir et agir ensemble en tenant compte de l'expérience de vie des usagers du système de santé, de leurs connaissances, de leur expertise et en intégrant les contraintes de leurs territoires, au même titre que les connaissances, les missions, les points de vue des autres parties prenantes du système que sont notamment les professionnels. En santé communautaire et via l'Institut nous mettons en avant la capacité des gens à se mobiliser que nous appelons aussi l'« empowerment », qu'il soit individuel ou collectif. Sa place est souvent valorisée comme une stratégie efficace de réduction des inégalités de santé entre autres, mais elle reste encore marginale dans les faits, notamment parce qu'elle prend du temps : il est im-

pératif de créer des conditions favorables au partage à l'échange et cela se construit, patiemment ; parce qu'elle peut bousculer un peu les manières de faire et de voir, et parce que la participation des principaux concernés, même si elle est aujourd'hui inscrite au « fronton » de nombreuses institutions n'est pas une chose qui se décrète mais qui se construit. Cela demande une vraie volonté politique d'aller jusqu'au bout de la démarche et cela représente quelques transformations dans les manières de faire qui ne vont pas de soi.

J.A: QUELS ONT ÉTÉ LES APPORTS DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU COURS DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE AU COVID-19 ?

Cette crise sanitaire a tout d'abord constitué une difficulté d'organisation dans notre travail quotidien, par les bouleversements provoqués par le confinement. Notre travail est d'abord un travail de lien, d'échange qui repose sur des dynamiques de groupe, sur un partage. Le confinement comme pour beaucoup d'autres professionnels de promotion de la santé nous a obligé à faire preuve d'imagination. La question était, comment garder ce lien avec les usagers et habitants, véritables sentinelles du système de santé sur les différents territoires ? Comment poursuivre notre travail de co-construction dans un espace le plus souvent virtuel ? Pas facile

non plus de passer par les plateformes de visioconférence nécessitant un peu de maîtrise et l'accès à Internet alors que nous sommes par ailleurs soucieux de l'accessibilité à ce type d'outils ? Nous avons tenté de garder le fil rouge qui est le nôtre : partager les points de vue et être vigilants quant aux conséquences du Covid sur les inégalités de santé. Par exemple on peut citer Mayotte, territoire particulièrement touché par l'épidémie et où les conditions de vie y sont parfois précaires, où nous avons aidé à l'adaptation et à la bonne compréhension concernant les mesures sanitaires contre le COVID-19 au sein des établissements scolaires. De nombreux parents d'élèves et enseignants étaient inquiets quant à la difficulté à garder 1m de distance dans les classes déjà de taille réduite, ou pour le lavage des mains quand il n'y a pas ou peu d'accès à l'eau. Nous permettons alors une écoute constructive pour trouver des solutions collectives entre parents d'élèves, élus, professeurs et directeurs des écoles et répondre à l'inquiétude des familles. En mettant en valeur les projets citoyens nous tentons de contribuer à réduire les inégalités de santé. En croisant les regards d'usagers et de professionnels on parvient à alerter les autorités, comme par exemple en Ile de France où nous avons 15 jours après le début du confinement, été alertés par des habitants de différents quartiers et d'associations de personnes diabétiques, de femmes atteintes de cancer, jouant le rôle de sentinelles sur le risque de compromettre la continuité des soins.

Quelques semaines plus tard nous avons pu observer que ces alertes à bas bruit étaient partagées à une plus grande échelle et que la communication sur la continuité des soins au cours du COVID-19 se mettait en place. Les démarches communautaires en santé c'est aussi faire confiance à l'expérience des habitants pour identifier des situations problématiques alors qu'on ne dispose pas encore de données fines produites par des « experts ».

J.A: QUELS SONT LES ENJEUX ACTUELS ET À VENIR DES DÉMARCHES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE ?

On l'a vu à travers la crise sanitaire que nous traversons, que nous avons à gagner en clarté de l'information. Celle-ci doit mieux s'adapter aux différents publics, notamment les populations les plus fragiles, afin d'être mieux comprise. Pour mieux choisir les mots, il faut aussi prendre plus en compte la nécessité d'associer davantage les différentes parties prenantes du système de santé à la gestion de crise. La pluridisciplinarité doit être mise en avant, nous devons être plus intransigeants dans le partage de l'information et de la décision. Celles-ci doivent s'appuyer sur la diversité des points de vue, des expériences, des contextes de vie. Il est illusoire de penser que chacun peut s'approprier, comprendre et mettre en œuvre les gestes barrière, le confinement quel que soit son contexte de vie, ses contraintes, ses moyens. On a vu aussi que dans le cadre de l'urgence, nous assistions

à un retour du « médical pur » alors que le COVID a aussi provoqué des dégâts sociaux et éducatifs. Les enjeux sont aujourd'hui de tirer parti de cette expérience. Une telle situation est inédite et nous pourrions en tirer des enseignements. Les initiatives citoyennes ont été nombreuses pour organiser les solidarités, c'est donc qu'il existe des compétences, des capacités à décider et à agir. L'enjeu est aujourd'hui de faire en sorte que toutes ces compétences s'associent pour mieux se coordonner et imaginer non plus séparément mais conjointement des solutions, des organisations pertinentes.

J.A: ALORS, QUELLE PLACE POUR UN MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN FRANCE ?

Je ne peux que vous encourager vous initier à ce type de démarche où que ce soit, et quel que soit le contexte d'exercice d'un médecin de santé publique. Même un épidémiologiste peut expliquer comment construire des données et impliquer les usagers du système de santé à la production de celles-ci à leur com-

préhension à leur interprétation. C'est en quelque sorte donner du sens aux projets que d'impliquer les citoyens ! Cela ne veut pas dire que l'expertise du médecin n'a pas sa place. Au contraire elle est d'autant plus légitime qu'elle est partagée, expliquée et qu'elle vient s'enrichir d'autres points de vue, d'autres expériences. On gagne en efficacité, efficacité et pertinence dans son travail en adoptant ce type de démarche. Je milite donc pour une meilleure formation en promotion de la santé et aux démarches communautaires au cours de la formation des internes de santé publique. A l'Institut Renaudot un médecin de santé publique pourrait, par exemple, être chargé de projet pour développer ces démarches et faire le lien avec les politiques de santé. Si les fonctions et les missions d'un médecin de santé publique sont notamment de construire et/ou de mettre en œuvre des politiques de santé publique alors il a toute sa place dans ce type de démarche. Mais il devra la partager !

Bureau du CLiSP 2020-2021

Sander de Souza

Président

president@clisp.fr

Vincent Max

Vice-Président

president@clisp.fr

Thomas Bérenger

Secrétaire Général

contact@clisp.fr

Stéphane Tuffier

Trésorier

tresorier@clisp.fr

Serena Tumelero

Vice-secrétaire évènementiel

evenement@clisp.fr

Louisa Porté

Chargée de communication

communication@clisp.fr

Jonathan Allouche et Fabiana Cazzorla

Rédacteur en chef du Bulletin

bulletin@clisp.fr

Rémi Valter

Webmaster

webmaster@clisp.fr

Sara Corbin

*Vice-secrétaire déléguée aux affaires
nationales*

Cynthia Hurel

*Chargée de relation avec les
représentants des subdivisions*

coordination@clisp.fr

Romain Lafitte

Chargé de relation avec EuroNet MRPH

Hélène Lepetit

Chargée de mission Actualités

Collège du CLiSP 2020-2021

Ile-de-France

Sébastien Monluc

representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon : Elodie Angulo

elodie.angulo@orange.fr

Dijon : Magali Koczorowski

koczorowski.magali@gmail.com

Nancy : Dominique Yoann

yoanndominique@hotmail.fr

Reims : Claire Coutureau

santepub.reims@gmail.com

Strasbourg : Louisa Porté

louisa.po@gmail.com

Nord-Ouest

Amiens : Sébastien Delescluse

delescluse.sebastien@gmail.com

Caen : Nicolas Vigneron

referent.sp.caen@gmail.com

Lille : Arnaud Dezetree

asso.isp.lille@gmail.com

Rouen : Karl Bare-Herrmann

referent.isp.rouen@gmail.com

Ouest

Nantes : Mélanie Duval

referent.santepublique@gmail.com

Poitiers : Clotilde Morineaud

clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr

Rennes : Cynthia Hurel

referent.santepublique@outlook.fr

Tours : Cathie Faussat

cathie.faussat@gmail.com



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand : Romain Mortier

romortier@hotmail.fr

Grenoble : Fabiana Cazzorla

isp.grenoble@gmail.com

Lyon : Romuald Cruchet

association.spl@gmail.com

Saint-Etienne : Paul Bonjean

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Sud

Marseille : Michele Planta

ISP.Marseille@gmail.com

Montpellier : Rodney Plat

Nice : Kévin Legueult

kevinlegueult@gmail.com

Sud-Ouest

Bordeaux : Fanny Velardo

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Toulouse : Emmanuel Chabot

eb.chabot@gmail.com

Antilles, Guyane : Yann Lambert

santepub.ag@gmail.com

Océan Indien : Anne-Françoise Casimir

anne.francoise.casimir@gmail.com

Avec le soutien de :



CLiSP - Bulletin n°41 - Août 2020

Rédacteur en chef :

J. Allouche et F. Cazzorla

Conception et réalisation :

Philippe Enderlin

Crédit photo couverture :

Marie Ansoborlo