

Avril 2017

BULLETIN NUMÉRO 32

# cliSP

Collège de Liaison des Internes de Santé Publique



## SOMMAIRE

- P03 - Éditorial de la Présidente
- P05 - Interview : Marie-Thérèse Roux
- P08 - Interview d'AISP : Florence Canoui-Poitrine
- P11 - Dossier SANFI
- P34 - Lectures
- P36 - Rétrospective : il y a 30 ans, le CliSP
- P41 - Euronet MRPH : le mot de l'équipe française





## ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

### BIENVENUE À NANTES, VILLE FAVORITE AU CHOIX D'INTERNAT !

Quelle meilleure ville pour nous retrouver que celle la plus plébiscitée par les jeunes médecins pour effectuer leur internat ? C'est donc Nantes qui a l'honneur, pour la première fois, d'organiser et d'accueillir le 13<sup>ième</sup> Séminaire National de Formation des Internes en Santé Publique. Une ville pour parler de LA ville. Elle sera en effet au cœur de ces 3 jours de séminaires. Trois jours pour échanger, débattre, nous questionner sur des enjeux croissants de santé publique qui nous concernent et concerneront, à n'en pas douter, notre exercice futur.

### VILLE ET SANTÉ PUBLIQUE : DES LIENS ÉVIDENTS

On a tendance à définir la santé publique comme étant un domaine qui s'intéresse à la santé des populations et non pas seulement des individus, comme c'est le cas en médecine clinique. De cette définition découle naturellement un intérêt sur les modes et les milieux de vie. Les dernières décennies ont confirmé la tendance du XX<sup>ème</sup> siècle à l'« urbanisation » de notre société. Les répercussions d'un tel mode de vie et ses conséquences

en termes d'aménagements nous incitent à nous questionner sur les effets de l'« urbanité ». De la salubrité publique à la promotion de la santé, de la qualité de l'air à l'agriculture urbaine, du concept de « mobilité » aux inégalités urbaines de santé, ce sont tous ces thèmes que ce séminaire, placé sous le sceau de l'« Urban Health », va tenter d'aborder et d'éclairer.

### DES HABITANTS AU PREMIER PLAN FACE À UN MONDE EN TRANSITION

Si les enjeux de la ville se situent à une échelle locale, c'est pourtant bien à des phénomènes plus globaux qu'elle a et qu'elle aura affaire. Ces phénomènes, que sont, entre autres, le réchauffement climatique et la (les) pollution(s), les flux de populations, la réduction des ressources et la montée des inégalités, auront des impacts sanitaires que la ville devra « absorber ». L'enjeu est là : faire face à ce monde en transition et en constante accélération tout en préservant l'humain et son écosystème. La ville a son rôle à jouer dans le développement de « systèmes résilients » qui permettront de préserver les acquis du siècle dernier tout en prenant en compte les défis du XXI<sup>ème</sup> dans lequel



nous sommes entrés de plein pied. Nous, médecins de santé publique, devons avoir pleinement conscience de ces différents enjeux et de leurs impacts sur la santé des habitants afin de concevoir et d'intégrer la complexité comme variable inconditionnelle de nos pratiques.

### LES VILLES AU CŒUR DE LA RÉFORME DE LA REPRÉSENTATIVITÉ DU CLISP

Nous constatons bien que la ville est une échelle pertinente et fonctionnelle en terme d'impact des actions et mesures de santé publique. Cette réflexion nous anime aussi au CliSP concernant nos propres activités, notamment celle d'animation du lien des internes entre eux et avec leur association



*Les dernières décennies ont confirmé la tendance du XXème siècle à l'« urbanisation » de notre société*

(...)

*La ville a son rôle à jouer dans le développement de « systèmes résilients »*

(...)

*Nous avons collégalement décidé que chaque ville serait désormais représentée au sein de notre Collège*

(...)

*[Les] efforts se concentrent notamment sur l'élaboration de [la] plateforme nationale de e-learning*



représentative. Dans un souci d'amélioration et d'optimisation de ce dernier, nous avons collégalement décidé que chaque ville serait désormais représentée au sein de notre Collège. En effet un représentant du CliSP sera présent au sein de chaque subdivision afin d'orienter nos actions au plus près de leurs besoins et des problématiques qu'elles peuvent rencontrer. La mise en place d'un tel système de représentation trouvera vite son application dans la mise en place de la réforme du 3e cycle des études médicales.

### **L'AUTRE RÉFORME : CELLE DU 3E CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

Cette fameuse « R3C » nous aura bien occupé, et ce depuis déjà plusieurs mandats. Nous avons eu à cœur d'éviter les écueils potentiels d'une telle réforme et de garantir la réalisation de tous les parcours possibles, au plus près des envies des internes mais aussi de l'évolution de notre spécialité. D'année en année, la santé publique occupe une place toujours plus importante dans l'évolution de notre société et dans la conception de notre système de santé. Cette évolution

a été prise en compte dans notre nouveau référentiel de formation et dans la maquette de notre DES. Des incertitudes demeurent cependant au niveau national quant à certains arbitrages, ainsi que sur les échéances, notamment dans cette période d'élections présidentielles. Quoi qu'il en soit notre travail se poursuit afin d'assurer une mise en place adéquate des modalités de cette réforme au sein de toutes les villes d'internat. Nos efforts se concentrent notamment sur l'élaboration de cours qui seront mis à disposition sur une plateforme nationale de e-learning. Cette volonté nationale d'harmoniser notre formation théorique place nos enseignants face à leurs responsabilités. Il leur revient en effet de former les professionnels que nous sommes au niveau d'excellence que notre exercice requiert.

Ce nouveau temps fort de notre internat est donc une nouvelle occasion de nous rencontrer et d'échanger sur tous ces sujets.

Je vous souhaite donc une bonne lecture et un excellent séminaire !

**SAVE THE DATE : CliSPro**, l'événement professionnalisant du CliSP (ex. Journées du CliSP)

**Dates : 28 et 29 juin 2017 et AG du CliSP le 30, Paris**

- Une journée de formation
- Un congrès des internes
- Un forum professionnel

**La soirée exceptionnelle « 30 ans du CliSP »**



**INTERVIEW : MARIE-THERESE ROUX**

**Acteurs de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé auprès des enfants scolarisés dans les établissements d'enseignement des premier et second degrés de leur secteur d'intervention, les médecins de l'éducation nationale exercent des missions de santé publique. Le Dr. Roux, conseiller technique, nous en dit plus.**

**HO : BONJOUR MADAME ROUX, POURRIEZ-VOUS VOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ?**

Après avoir exercé la médecine scolaire sur le terrain en secteur rural, j'ai assuré des fonctions de médecin responsable départemental puis de médecin conseiller de recteur pendant 13 ans.

**HO : POURRIEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE VOTRE PARCOURS DE MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE ?**

C'est en exerçant la médecine scolaire sur le terrain, que j'ai pris conscience de la nécessité d'évaluer les besoins pour mieux définir les objectifs et les priorités sur mon secteur d'intervention, compte tenu de l'ampleur des missions d'un médecin scolaire. Lorsque j'ai assuré des missions d'encadrement à l'échelle d'un département, je me suis rapprochée de l'Observatoire Régional de Santé pour mettre en place et évaluer un projet triennal de prévention du risque alcool, auprès de collégiens. Par la suite j'ai sollicité et obtenu la qualification en santé publique. Outre la formation dispensée à l'École Nationale de Santé Publique (aujourd'hui EHESP) de Rennes pour devenir médecin scolaire, j'ai un diplôme universitaire de Médecine de l'Adolescent.

**HO : POURQUOI UN MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE AU RECTORAT ? AVEC QUI TRAVAILLE-T-IL (ELLE) ?**

Au Rectorat, il n'est pas obligatoire d'être médecin de santé publique. Toutefois compte tenu de la spécificité de la mission, cette qualifica-

tion me paraît hautement souhaitable, ne serait-ce qu'en raison de l'approche populationnelle que cela suppose.

**HO : QUELLES SONT LES MISSIONS D'UN MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE DU RECTEUR (CTR) ?**

Le médecin CTR est chargé de conseiller le Recteur sur la politique de santé en faveur des élèves et des personnels d'une académie. Il a aussi pour rôle d'assurer la coordination des médecins responsables départementaux et de proposer, en lien avec ces derniers, un plan de formation des médecins de terrain.

A titre d'exemple :

- j'ai pu faire équiper l'ensemble des médecins scolaires d'un ordinateur équipé d'un logiciel adapté leur permettant de disposer d'une base des élèves de leur secteur d'intervention pour optimiser leur action ;
- avec le soutien de l'ARS et en lien avec le Proviseur Vie Scolaire j'ai pu mener à bien un programme de prévention « Bien Bouger Mieux Manger » sur 27 collèges et assurer un suivi de cohorte sur 4 ans ;





*Compte tenu de la spécificité de la mission, [la qualification en santé publique] me paraît hautement souhaitable*

(...)

*Une réflexion va s'imposer dans les années à venir pour développer une politique de santé à l'École*



- avec les mêmes partenaires, nous avons pu réaliser un sur-échantillon régional des enquêtes HBSC et ESPAD pour avoir des données sur l'état de santé des 11,13,15 et 16 ans. Ce travail épidémiologique a permis de renforcer la formation des enseignants sur ces thématiques. Ces enquêtes sont désormais reproduites tous les 4 ans.

### **HO : COMMENT DEVENIR MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE ?**

Après obtention d'un DES en médecine, il convient de passer un concours pour devenir médecin de l'éducation nationale. Après réussite au concours, un temps de formation (déterminé en fonction du cursus antérieur) à l'EHESP est proposé. Il y a alternance sur une année scolaire de temps de formation à l'EHESP et de pratique professionnelle. A l'issue de cette année de stage, le médecin est titularisé et nommé sur un poste : l'affectation est départementale et c'est le médecin responsable qui détermine le secteur d'intervention.

### **HO : QUELLES SONT LES MISSIONS D'UN MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE ?**

Les missions d'un médecin scolaire sont d'assurer un bilan pour les enfants au cours de leur 6<sup>e</sup> année, d'assurer des examens à la demande des équipes pédagogiques pour des élèves présentant des troubles des apprentissages ou

des difficultés de comportement perturbant leur scolarité. Il a aussi en charge de développer la promotion de la santé sur son territoire d'intervention en assurant la formation des personnels, et en participant à la mise en place de projets de prévention. Désormais il intervient aussi pour mettre en œuvre le parcours éducatif de santé.

### **HO : QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE CE MÉTIER ?**

C'est un métier passionnant mais qui souffre d'une image dégradée le plus souvent par méconnaissance. Actuellement la démographie médicale rend les conditions d'exercice difficiles alors que les besoins de l'École sont croissants. Une vraie réflexion va s'imposer dans les années à venir pour développer une politique de santé à l'École avec des objectifs clairs et un vrai pilotage.

### **HO : D'APRÈS VOTRE EXPÉRIENCE, QUELLES SONT LES QUALITÉS REQUISES POUR ÊTRE UN « BON » MÉDECIN SCOLAIRE ?**

Je crois qu'il faut avoir bien conscience que c'est un mode d'exercice qui implique une vision systémique de l'institution dans laquelle nous travaillons. Cela implique nécessairement de bonnes aptitudes relationnelles pour travailler en équipe et respecter les compétences pédagogiques des enseignants. Cette vision globale

me paraît correspondre tout à fait à la formation des médecins de santé publique.

## **HO : UN DERNIER MOT POUR NOS LECTEURS ?**

C'est un mode d'exercice très pluriel tant par les compétences spécifiques qu'il convient de développer que par la richesse des échanges inter disciplinaires. A terme, il me semble que l'évolution du métier de médecin scolaire devrait se faire davantage vers l'impulsion et la coordination de programmes de prévention nécessitant un accroissement de leurs compétences en santé publique.

**Propos recueillis par Houria Ouazzani, ISP de Poitiers**

### **Lien recommandé :**

<https://ascomed.sharepoint.com/Pages/default.aspx>  
<http://www.afpssu.com/>



### **Référence recommandée :**

La revue de la santé scolaire et universitaire

*C'est un mode d'exercice qui implique une vision systémique qui correspond à la formation des médecins de santé publique*



## INTERVIEW AISP : FLORENCE CANOUI-POITRINE

### CP : POUVEZ-VOUS RÉSUMER VOTRE PARCOURS ?

J'ai un parcours un peu particulier. J'ai passé l'internat en 2002 à Paris, en spécialités médicales. J'ai fait un an de clinique (un semestre de rhumatologie et un en endocrinologie). J'ai ensuite fait un hors filière en santé publique puis un droit au remord dans la spécialité. Durant mon internat, j'ai fait un premier semestre dans le service de santé publique du Kremlin-Bicêtre, un semestre au ministère de la santé à la DREES, un semestre au département santé-environnement à l'InVS (aujourd'hui Santé publique France.) J'ai ensuite pris un an de disponibilité avec une bourse afin de faire le M2 « recherche en santé publique » de l'université Paris XI en spécialité « épidémiologie ». Je suis ensuite retournée dans le service de santé publique de KB et mon dernier semestre s'est déroulé dans le service de santé publique de l'hôpital Henri Mondor (où je travaille aujourd'hui).

Après mon internat, je suis partie à Lyon où j'ai exercé en tant qu'AHU au pôle "information médicale-évaluation recherche" pendant 2 ans. J'ai dans le même temps démarré une thèse d'épidémiologie cardiovasculaire avec une équipe Inserm parisienne. J'ai alors eu

l'opportunité de revenir à Paris dans le service de santé publique de Henri Mondor en tant qu'AHU. J'ai ensuite été nommée MCU-PH dans ce service pendant 5 ans puis PU-PH l'année dernière.

### CP : COMMENT SONT STRUCTURÉS LES COLLÈGES UNIVERSITAIRES EN SANTÉ PUBLIQUE ?

Nous avons deux CNU (Conseils Nationaux d'Université) en santé publique qui nomment les professeurs d'université en santé publique, épidémiologie-prévention-économie de la santé et statistique-biostatistiques-informatique médicale. Je fais partie des universitaires du premier CNU.

### CP : COMMENT DEVIENT-ON UNIVERSITAIRE EN SANTÉ PUBLIQUE ?

Il y a des pré-requis réglementaires : il faut avoir une thèse de science, une habilitation à diriger la recherche, avoir fait une mobilité pendant son cursus (avoir en post internat été à l'international ou en France avoir exercé en santé publique dans une autre institution que celle qui vous recrute en tant qu'universitaire, en sachant que les 2 CNU n'ont pas les mêmes exigences à ce niveau-là). Le minis-



tère fixe un minimum de points à acquérir par la bibliométrie : 400 points SIGAPS pour être PU-PH et 200 pour être MCU-PH. Il faut également justifier d'un certain nombre d'enseignements, d'encadrement de travaux, d'une activité hospitalière.

### CP : POUVEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE UN PEU LE MÉTIER DE PU-PH EN SANTÉ PUBLIQUE ?

Être PU-PH en santé publique est une activité variée, partagée en activité de recherche et d'enseignement, ce à quoi s'ajoutent des missions d'intérêt général pour le groupe hospitalier dans lequel on travaille et au niveau national au service des sociétés savantes.



C'est donc un métier très varié, il faut pouvoir effectuer des choses différentes au sein d'institutions différentes, et la difficulté supplémentaire pour notre discipline est notre manque de visibilité. De plus, nous ne générons pas d'activité au sens T2A. Notre activité n'est pas clairement définie au sein du groupement hospitalier, et les activités en rapport avec l'hôpital et l'université peuvent être très différentes. Il faut avoir une capacité d'adaptation et parfois réussir à jongler entre les différentes tâches.

### **CP : QU'EST CE QUI VOUS A FAIT CHOISIR UNE CARRIÈRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ?**

Je suis attachée au service public et aux institutions hospitalières et universitaires. Nous avons la chance d'avoir une grande liberté en tant qu'hospitalo-universitaire dans le choix des recherches que l'on mène, des projets que l'on porte, des collaborations que l'on développe. J'aime aussi par ailleurs beaucoup l'enseignement, l'encadrement, c'est pour moi une richesse et je pense que les échanges avec les étudiants nous permettent nous-mêmes d'avancer tous les jours. Enfin, même si je ne suis pas clinicienne, être à l'hôpital me permet de rester proche du terrain, des investigateurs, des patients et de l'organisation de l'hôpital. Il faut voir aussi l'aspect financier, un poste de PU-PH est mieux rémunéré qu'un poste de chercheur.

### **CP : VOYEZ-VOUS DES INCONVÉNIENTS À CE POSTE DE PU-PH ?**

Contrairement aux chercheurs des unités Inserm ou au CNRS par exemple, il est vrai que la multiplicité de nos activités nous empêche vraisemblablement d'aller aussi loin dans nos propres projets de recherche. Nous ne sommes pas des chercheurs à temps plein.

### **CP : COMMENT VOYEZ-VOUS L'AVENIR DE LA SPÉCIALITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE ?**

J'ai travaillé au sein du Comité National Pédagogique, aux côtés de collègues hospitalo-universitaires et d'internes, sur la réforme du 3ème cycle. Je pense que le principe de progression de l'interne au sein du cursus en 3 phases (socle, apprentissage, consolidation) est une bonne chose, afin de forcer enseignants et interne à prendre en compte les connaissances à acquérir. Cette réforme nous a permis de balayer les référentiels de tous les domaines, et nous avons réalisé que beaucoup de domaines de la santé publique étaient peu ou mal couverts par les enseignements académiques. Cette réforme nous permettra d'avoir une plateforme d'e-learning dans ces domaines, afin d'augmenter le niveau global de l'internat et d'avoir des internes de santé publiques, certes spécialisés dans un champ, mais ayant des connaissances larges qui font d'eux des omnipraticiens de santé publique. Nous avons aussi déci-



*Je suis attachée au service public et aux institutions hospitalières et universitaires*

(...)

*L'enseignement, l'encadrement, c'est pour moi une richesse et je pense que les échanges avec les étudiants nous permettent d'avancer*

(...)

*Nous avons réalisé que beaucoup de domaines de la santé publique étaient peu ou mal couverts par les enseignements académiques*





*Un des défis pour notre spécialité est de faire valoir notre formation, notre plus-value au sein de milieux très variés*



dé de travailler sur la formation de médecin inspecteur de santé publique, qui est actuellement peu attractive pour les internes de spécialités.

### **CP : LA RÉFORME DU 3ÈME CYCLE ACTE L'ULTRA-SPECIALISATION DES MÉDECINS...**

En effet, il y a de moins en moins de passerelles entre spécialités et c'est aussi vrai pour la santé publique. Un des défis pour notre spécialité est de faire valoir notre formation, notre plus-value au sein de milieux très variés. Je comprends donc, dans cette optique, la volonté d'avoir des médecins de santé publique qui aient fait un internat de santé publique, mais sans fermer la porte à des parcours plus atypiques.

### **CP : UN PETIT MOT POUR LA FIN ?**

Je pense qu'on a besoin de défendre notre spécialité. Elle n'est pas facile parce qu'elle est variée, multiforme en terme de missions, de statut, de professions. C'est très bien qu'on ait un internat de santé publique fort, clair et très qualifiant.

Je pense que la dynamique de la spécialité au niveau de l'offre de postes est très positive, les champs de possibilité sont très variés. Je pense pouvoir affirmer que tous les internes trouveront un poste intéressant à la sortie de leur internat. Il faut cependant être conscient que contrairement aux autres spécialités, les internes de santé publique doivent trouver un emploi. Il faut savoir s'entraîner à faire un CV, passer un entretien d'embauche, savoir se vendre et constituer un réseau. Cela fait partie des pistes à explorer dans la formation de l'interne de santé publique.

**Propos recueillis par Camille Petri, ISP de Paris**

# L'ÉQUIPE D'ORGANISATION DU SANFI DE NANTES



**Damien DURAND**, chef de projet « Séminaire National 2017 »,  
chargé de communication

**Lise MANDIGNY**, adjointe en charge du Séminaire National 2017

**Delphine MOURET**, secrétaire et chargée de logistique

**Morgane LANNES**, chargée d'organisation

**Lucile TRUTT**, VP communication de l'association ISP de l'Ouest,  
webmaster et chargée du budget

**Lucie MALLOGGI**, référente des internes de santé publiques nantais,  
chargée des relations intervenants

**Bastien FORESTIER**, chargé de logistique

**Claire FESQUET**, chargée d'organisation

**Mathilde LEBLANC**, chargée d'événementiel

**Pierre CAILLAULT**, chargé d'événementiel

ont également participé à l'aventure :

**Simon VERNAUD**, trésorier de l'association ISP de l'Ouest,  
représentant de l'inter-région Ouest auprès du CliSP, chargé du budget

**Basile FUCHS**, chargé des partenariats

Site internet :

<http://sanfi2017.com>

Compte Twitter : [@sanfi2017](https://twitter.com/sanfi2017)

[#UrbanHealth](https://twitter.com/UrbanHealth) [#SANFI2017](https://twitter.com/SANFI2017)

# REGARDS CROISÉS SUR LES SÉMINAIRES NATIONAUX

Chaque année, le Séminaire Annuel National de Formation des Internes de santé publique et médecine sociale (SANFI) est l'occasion de compléter sa formation théorique sur un sujet transversal. C'est aussi une opportunité unique d'aller à la rencontre de la santé publique de tous les territoires en découvrant une ville et son patrimoine. La rédaction souhaitait revenir sur l'élaboration de long terme de cet événement en sollicitant les équipes des deux dernières éditions : le séminaire de Lille en avril 2016 et celui de cette année, à Nantes.

L'équipe lilloise a transmis ses observations par l'intermédiaire de leur chef de projet de l'époque, **Alexandre Caron**. Il était, lors du SANFI de Lille, en fin de 7ème semestre d'internat. Le chef de projet de l'équipe nantaise, **Damien Durand**, est quant à lui en 5ème semestre d'internat. Il est entouré d'une dizaine d'internes de santé publique (ISP) dont une adjointe, **Lise Mandigny** (qui a répondu à la rédaction avec Damien), une secrétaire et chargée de logistique, une chargée d'organisation ou encore une chargée de communication.



SANFI 2017 - Amphithéâtre

## L'ORGANISATION DE L'ÉVÉNEMENT

L'organisation d'un événement national comme le SANFI nécessite motivation et abnégation. L'envie d'orchestrer le séminaire des ISP se manifeste généralement plus d'un an et demi avant celui-ci.

A Lille, Alexandre nous explique s'être toujours tenu à l'écart de l'associatif jusqu'à cet événement. "C'est Adrien Ghenassia qui, en tant que président de l'Association Lilloise des Internes de Santé publique (Alisp) m'a proposé d'intégrer l'équipe". La ville a répondu à l'appel à candidatures du CliSP, en accord avec le souhait des enseignants locaux qui se proposaient

de travailler avec les internes sur ce séminaire.

De la même façon, les nantais se sont mobilisés dès avril 2016. "Nantes n'avait jamais accueilli cet événement" nous rappelle Damien. Une fois encore, les internes se sont assurés du soutien de l'équipe enseignante avant de se lancer dans ce vaste projet : "Notre PU-PH coordinatrice locale nous soutient et apporte son aide autant qu'elle le peut, principalement sur la partie pédagogique, en nous facilitant la sollicitation des intervenants".

D'ailleurs, l'organisation d'un séminaire à l'échelle nationale consti-



tue une occasion de se former à la gestion de projet. “Nous avons là l’opportunité d’une mise en pratique grande nature”, précise Alexandre. “Nous avons travaillé à partir du MOOC de Rémy Bachelet “initiation à la gestion de projet”. Ca a été une formidable manière d’apprendre !”.

L’étape initiale de l’organisation consiste à monter un groupe de travail. “Suite au vote interne qui a validé l’accueil du SANFI 2017 à Nantes, nous nous sommes tous individuellement prononcés sur notre souhait de nous investir ou non dans l’organisation de l’événement”. L’engagement a été important à Lille aussi. Pourtant, ce sont généralement les jeunes internes qui s’avèrent les plus motivés comme nous l’explique Alexandre : “La quasi-totalité des internes des promotions inférieures à la mienne ont participé”. Au total, ce sont 8 internes lillois qui se sont mis à la tâche un an avant le séminaire et 5 autres premiers semestres les ont rejoint six mois plus tard, à leur arrivée dans la spécialité.

“L’équipe d’organisation du SANFI de Lille s’est construite autour de l’Alisp qui a constitué notre entité juridique tout au long de l’organisation”. A la différence de Lille, la ville de Nantes n’avait pas d’association locale d’internes. “Pour les démarches qui nécessitent un cadre associatif (ex. réception des paiements), nous avons choisi d’utiliser l’association inter-régionale des “ISP de l’Ouest”, récemment créée.”

La réussite du SANFI tient également à la transmission des savoirs faire d’une ville organisatrice à une autre. Alexandre nous raconte qu’il travaillait dans le même bureau que Joris Muller, interne strasbourgeois en inter-CHU à Lille. “Joris avait mené l’organisation du séminaire de Strasbourg deux ans auparavant. Il a ainsi pu partager avec nous son expérience”. En la matière, le lien le plus franc s’établit avec la ville de l’édition précédente : “nous avons également pu être mis en contact avec l’équipe d’organisation lyonnaise qui avait accueilli le séminaire en 2015. Le lien a pu se faire par l’intermédiaire des représentants de l’inter-région. Nous avons ensuite échangé directement avec eux par Skype et mail en particulier s’agissant des budgets et contacts partenariat”. De la même façon, l’équipe de Nantes a rapidement “contacté les équipes d’internes qui s’étaient occupés des éditions précédentes”. Ils leur ont notamment partagé des documents de travail via le Cloud. Damien rappelle également : “Nous sommes en lien permanent avec le bureau du CliSP” tout au long du processus.

Les ressources mobilisées sont diverses. Humainement, “parmi les internes impliqués dans la préparation du séminaire (de Nantes, ndlr), certains avaient déjà des compétences et expériences personnelles qui pouvaient être mises à profit : gestion de projet, communication, administration de site internet, organisation de



*L’organisation d’un séminaire à l’échelle nationale constitue une occasion de se former à la gestion de projet.*

*(...)*

*Le lien [entre les équipes organisatrices] a pu se faire par l’intermédiaire des représentants de l’inter-région*







*La gestion de l'événement en mode projet a permis de capitaliser sur l'expérience de chacun*

(...)

*Pour donner envie aux internes de se déplacer aux séminaires nationaux, le thème choisi doit être innovant et transversal.*

séminaires interrégionaux, etc.”. Les savoirs faire issus des engagements associatifs des ISP sont alors un plus. Selon Alexandre, la “gestion de l'événement en mode projet a permis de capitaliser sur l'expérience de chacun (trésorerie, recherche de partenaires, création de site web...)”. “Une fois les compétences de chacun identifiées, nous n'avions plus qu'à répartir les tâches de la façon la plus adaptée possible. Tout s'est fait plutôt naturellement.”



## **L'ÉLABORATION DE LA THÉMATIQUE**

L'une des premières étapes, qui assurera le succès de l'événement, consiste à définir le sujet principal qui sera abordé lors du séminaire. Le thème choisi pour le séminaire de Lille était “Risque sanitaire : identification, communication et prévention” ; celui de Nantes, nous le connaissons tous, “Urban Health : la ville face aux enjeux de santé publique”.

Dans le cas de Lille, “le thème a été défini plus d'un an avant le séminaire lors de la réunion regroupant enseignants locaux, nationaux (CUESP-CIMES) et internes locaux. L'idée était de choisir un thème nouveau tout en s'appuyant sur les compétences locales des professionnels de santé publique.” De la même façon, à Nantes, “le thème proposé par notre référent a tout de suite remporté l'adhésion des ISP. Les liens entre urbanisme et santé n'ont jamais été traités lors des précédentes éditions.” En ef-

fet, le thème s'inscrit dans l'expertise locale. “L'intérêt grandissant pour la santé urbaine ainsi que la dynamique locale liée aux transformations de la ville de Nantes nous ont conforté dans notre choix.”

Des connaissances préalables sur la thématique choisie ne semblent pas absolument indispensables, au contraire. Damien le reconnaît volontiers : “Nous n'avions aucune connaissance préalable dans ce domaine, ni de compétences spécifiques chez nos enseignants”. Alexandre insiste : “Nos connaissances se limitaient à celles enseignées lors des cours de DES. Evidemment, le sujet ayant été choisi sur la base des compétences lilloises, nos enseignements étaient relativement “fournis” dans les domaines de la prévention et de l'économie de la santé. L'approche transversale se basant sur le risque et les aspects de communication n'avait en revanche jamais été traitée.”

Cette volonté de couvrir, le plus largement possible, les champs de compétence de la santé publique suppose de travailler la transversalité de la thématique choisie (voire de la choisir en conséquence). Damien le confirme : “Nous avons tout de suite entrevu le potentiel de [notre] vaste sujet qui nous permettait d'aborder de nombreux points du référentiel de formation du DES.” Justement, qu'est-ce qui fait un “bon thème” de séminaire annuel de formation ? D'après l'équipe de Nantes, “pour donner envie aux internes de se dépla-

cer aux séminaires nationaux, le thème choisi doit être innovant et transversal”. Les problématiques doivent être abordées sous un angle nouveau, disruptif. “Pour faire en sorte que tous les internes se sentent concernés par le sujet, il doit permettre d’aborder de nombreux domaines de la santé publique : promotion de la santé, épidémiologie et méthodologie, santé environnementale, etc.”

Reste alors le choix des intervenants et les déclinaisons thématiques. Tous sont d’accord à ce propos : “il faut des intervenants de qualité, référents nationaux et internationaux dans leur domaine”. “En construisant notre programme, nous avons voulu associer des experts reconnus nationalement et internationalement (donc) ainsi que des professionnels de la région, afin d’ancrer les discussions dans le contexte local, précise Damien. Généralement, les intervenants sont choisis “sur la base du carnet d’adresse de l’équipe pédagogique locale”. Alexandre s’en amuse : “C’est un peu comme lors d’une enquête, cela permet d’augmenter le taux de réponses (positives !) et de minimiser les difficultés”. Les nantais ont adopté une démarche plus “universitaire”. “Nous nous sommes essentiellement basés sur des recherches bibliographiques. Nous avons également répertorié les personnes qui étaient intervenues dans des manifestations en lien avec notre thématique. Nous avons mis à profit notre réseau pour récupérer



SANFI 2017 - Dîner

les coordonnées des spécialistes du sujet “ville et santé.”

Comme toute autre spécialité, la santé publique s’exerce. En cela, les internes sont des acteurs parmi d’autres et la parole peut (doit ?) être donnée à d’autres spécialistes. C’est cette logique qui a conduit les nantais à faire appel “à la fois à des médecins mais aussi à des professionnels de l’aménagement urbain afin d’enrichir les débats et apporter des points de vue extérieurs.” S’assurer de la disponibilité de tous n’est pas aisé. L’équipe de Nantes en a fait l’amère expérience comme nous le relate Damien : “Rapidement après avoir lancé les invitations, nous avons reçu une très grande majorité de réponses positives; Des intervenants nous ont même été spontanément proposés alors que notre programme était déjà bouclé. Malheureusement, 5 mois plus tard, à quelques semaines du jour J, nous avons fait face à plusieurs désistements...”



*Des intervenants nous ont été spontanément proposés alors que notre programme était déjà bouclé*





*Le programme social est entièrement dépendant du budget global.*



## LES OBJECTIFS D'UN SÉMINAIRE ANNUEL NATIONAL

L'intérêt premier d'un tel événement semble être avant toute chose l'apport de nouvelles connaissances sur une thématique judicieusement choisie. "Ce type d'événement enrichit à la fois la formation et le réseau des internes, en leur faisant bénéficier d'expertises de professionnels sur des sujets non abordés en stage, et en favorisant les échanges avec les intervenants et les autres participants" explique Damien. Pour Alexandre, l'enjeu est davantage dans le partage et le réseau : "le SANFI doit permettre aux internes de toute la France d'échanger entre eux au sujet de leur formation, des difficultés rencontrées, des projets en cours, etc."

Sur le volet pédagogique les idées ne manquent pas pour que les ISP s'approprient le thème retenu. L'aide des universitaires est précieuse comme à Lille où "le programme pédagogique a été quasi-intégralement mis en place par les enseignants locaux". Selon Alexandre, cela s'explique : "ils sont bien mieux placés que nous pour élaborer un contenu pédagogique et leur apport est fondamental". Les internes ne sont toutefois pas laissés pour compte puisqu'ils sont "partie intégrante de l'ensemble du processus d'élaboration". "Notre avis a non seulement été écouté mais également entendu sur de nombreux points", souligne l'équipe de Lille.

Au-delà du programme, c'est aussi la mise en musique du contenu qui importe. Les nantais l'ont compris et ont choisi d'utiliser un format de table ronde pour introduire les débats entre intervenants et participants. "Nous comptons utiliser autant que possible des outils interactifs pour favoriser la participation de la salle" ajoute Damien. Là encore, les enseignants participent. "Le CUESP a encouragé l'utilisation de techniques de pédagogie innovantes et interactives. Malheureusement, la mise en place d'ateliers par petits groupes se révèle quasiment impossible sur le plan logistique compte tenu des effectifs en présence" regrette l'équipe de Nantes. Quoi qu'il en soit, "ces échanges avec nos enseignants permettent de tisser et renforcer des liens et c'est bien là l'une des grandes réussites d'un SANFI" rappelle Alexandre.

On le sait, les internes se déplacent autant pour la thématique que pour le programme social. A Lille, c'est Alexandre Georges qui a donné de sa personne ! "La première soirée était initialement dédiée à une visite guidée de la ville puis à un repas au Couvent des minimes, avec lequel il avait réussi à négocier un prix défiant toute concurrence". Pourtant, la visite guidée aura dû être annulée. La raison ? La venue, au combien appréciée par ailleurs, du Pr. Benoît Vallet, directeur général de la santé. "C'est probablement mon plus grand regret", confesse



SANFI 2017 - Mairie de Lille, photographie de groupe

Alexandre. “Mais cela fut largement compensé par la qualité de l’intervention du DGS” dont on retiendra longtemps les mots de confiance à notre adresse : “nous avons besoin de médecins de santé publique en administration centrale, dans les agences, dans les administrations régionales”.

Nos deux chefs de projet s’accordent facilement sur un point : le programme social est entièrement dépendant du budget global. Alexandre se rappelle : “Nous avons prévu trois alternatives puis nous avons choisi quelques semaines avant le séminaire sur la bases des réponses des partenaires à cette date”, donc du budget disponible. Le constat est le même à Nantes cette année. “Le programme social ne s’envisage qu’à partir du moment où les financements décrochés permettent de couvrir les dépenses de logistique (location de salles, héberge-

ment des internes, défraiements des intervenants, traiteurs etc.)” Les traditionnelles visites groupées restent une valeur sûre surtout quand le temps est de la partie.

### **LE SUPPORT LOGISTIQUE ET FINANCIER**

La gestion, quotidienne, des questions logistiques n’est pas une partie de plaisir ! “Le nombre de participants contraint fortement le choix de la salle de conférence, du lieu d’hébergement, du restaurant...” constate Damien. “Rares sont les structures pouvant accepter plus de 200 personnes simultanément”. En la matière, l’équipe de Nantes a essuyé quelques déconvenues. “En réservant plus d’un an à l’avance le grand hall et l’amphithéâtre de la toute récente faculté de pharmacie, nous avons rapidement réglé un point crucial de l’organisation du séminaire. C’était sans compter le revirement



## *Grande nouveauté du séminaire de Nantes : l'ouverture au public !*



de situation intervenue fin janvier, moins de 3 mois avant l'événement. L'occupation du hall était interdite en raison de non-conformité du bâtiment aux exigences de sécurité..."

Il faut savoir composer avec l'inattendu comme le précise Alexandre : "Le plus difficile sur le plan logistique c'est de devoir prévoir beaucoup pour finalement n'utiliser que peu. Nous avons ainsi prévu plusieurs solutions de repas, d'animation, de salles en fonction du programme final et du budget. Les changements de programme de dernière minute nous ont obligé à des modifications. Au final, beaucoup de travail fait pour rien mais c'est le jeu !"

Les institutions locales sont un appui précieux. Les nantais l'attestent : "plusieurs nous ont apporté un soutien, notamment la Fondation de l'Université de Nantes, le CHU de Nantes et l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire". A Lille, les institutionnels ont aussi répondu présent, tout comme les partenaires privés.

Justement, le financement d'un séminaire national n'est pas à négliger. "Le volet financier est l'un des aspects qui a nécessité le plus d'investissement de la part de l'équipe d'organisation : 5 mois de travail acharné, de bonnes surprises et des désillusions" indique Damien. En effet, l'équipe de Nantes comptait sur certains partenaires qui n'ont finalement pas

soutenu l'événement. Ainsi, "les sponsors des précédentes éditions du SANFI n'ont pas tous souhaité renouveler leur soutien". Ce fut notamment le cas de certains partenaires publics sur lesquels les organisateurs comptaient beaucoup, comprenant au passage "le poids des enjeux politiques qui entourent la question des subventions".

Les partenaires privés constituent un recours appréciable lorsque les financements se font rares. Au prix d'efforts importants et d'une mobilisation sans faille, il est alors possible de dénicher quelques financeurs. "Nous en avons assurément moins que pour un séminaire organisé par des cliniciens" note Alexandre qui avait pu, de son côté, compter sur le soutien de partenaires publics. Pour autant, il reconnaît lui aussi que "les partenaires privés ont été tout à fait indispensables" et que la tâche est rude pour les convaincre. "Il faut réellement prendre un bâton de pèlerin". D'autant plus que ce travail continue parfois jusqu'à la semaine précédant le séminaire, ce qui occasionne un stress non négligeable. "Un partenariat de dernière minute, c'est la possibilité d'offrir finalement les tickets de métro ou les collations entre les interventions par exemple" renchérit l'équipe Lilloise qui avait, effectivement, mis à disposition des tickets de transport pour la durée du séminaire.

Une étape non moins essentielle est celle de la communication. Elle a été "multicanaux" pour le



séminaire de Lille ! “Nous avons utilisé aussi bien des listings mails (du CliSP), le site internet de l’Alisp, que Twitter ou Facebook”. A Nantes, “pour la première fois, le séminaire est ouvert à des personnes extérieures (non internes de santé publique)” pour lesquelles “une communication large” a été lancée, “pour toucher le maximum de professionnels susceptibles d’être intéressés par notre thématique”. Certains des partenaires financiers et institutionnels sont “un relais efficace de cette communication”. Concernant la communication plus interne (à l’adresse des ISP eux-mêmes), les équipes organisatrices peuvent compter sur le CliSP et le réseau des associations locales d’internes qui diffusent l’information avec diligence.

Un site Internet reste “un portail d’accès” essentiel et améliore la visibilité de l’événement. “C’est aussi souvent une condition sine qua non pour les partenaires” insiste Alexandre. “De plus, le site Internet est un endroit où les participants sont sûrs de trouver des informations pratiques tels que le programme, les accès, les adresses...” Un site Internet dédié a ainsi été réalisé par l’équipe de Nantes pour le SANFI 2017. Les réseaux sociaux sont surtout là pour “donner de l’interaction” en particulier durant le séminaire. Twitter est un outil intéressant pour cela et s’avère de plus en plus utilisé par les ISP.

## LES SPÉCIFICITÉS DU SÉMINAIRE

A chaque séminaire son identité propre ! Pour Alexandre, la spécificité du séminaire lillois portait sur l’angle “communication en santé publique” qui avait été donné à la thématique. Pour cela, l’équipe avait pu compter sur “des personnalités de tout premier plan : le directeur général de la santé pour les aspects politiques, la directrice du CHU de Grenoble au sujet de la communication de crise, Jean-François Lemoine, journaliste, pour la communication grand public, etc.”

Grande nouveauté pour le séminaire de Nantes : l’ouverture de l’événement au public ! Cela sera l’occasion d’accueillir près de 100 extérieurs qui découvriront la vitalité de la spécialité de santé publique et le dynamisme des internes, professionnels en devenir. En termes d’innovation, Nantes a également “mis l’accent sur la thématique qui [leur] semble à la fois originale et d’actualité”. Par ailleurs, “au niveau des interventions, nous allons tester le format de table ronde et des techniques de pédagogie interactive” répète Damien. Le programme social réserve également quelques nouveautés selon les organisateurs...

A l’heure où la légitimité d’un tel événement peut se poser, les internes tiennent à rappeler leur attachement à se retrouver



*Fondamentalement, le SANFI est autre chose qu'un séminaire régional*

(...)

*Chaque année, le bilan est positif, sur tous les plans*



annuellement pour quelques jours de formation intra-DES. Fondamentalement, le SANFI est autre chose qu'un séminaire régional. "L'organisation d'un séminaire national permet d'atteindre une masse critique" commente ainsi Alexandre, "notamment vis-à-vis des partenaires, qui sont plus enclins à investir dans l'événement". Damien rappelle d'ailleurs que "c'est l'une des seules occasions que nous avons de rencontrer les internes d'autres villes, pour échanger, par exemple, sur notre formation (master 2, DU,...) et sur des opportunités professionnelles". Par ailleurs, le format national "permet de faire venir des experts qui ne se déplaceraient probablement pas pour un séminaire régional, l'audience étant nettement plus restreinte dans ce cas".

"Le fait que les internes (co)-organisent le séminaire permet de le rendre attrayant pour eux, notamment au travers du programme social" qui est, selon Alexandre, "indissociable des différents SANFI". Ce souci de congruence entre attentes et satisfactions est soulignée par Damien : organiser le séminaire "permet de s'assurer que les interventions soient adaptées aux attentes des internes".

## **LES INTÉRÊTS ET PERSPECTIVES**

Chaque année, le bilan est finalement positif, sur tous les plans.

Les internes tirent avantages personnels et collectifs de cette expérience d'organisation. "La préparation d'un séminaire national est une excellente expérience, parfois laborieuse mais toujours enrichissante" témoigne Damien. "Cela nous apporte de fait de nouvelles compétences, en particulier s'agissant du travail en équipe et de la gestion de projet". Par ailleurs, "les ISP qui s'impliquent dans l'organisation y trouvent aussi une très bonne opportunité de développer leur propre réseau professionnel". Alexandre résume ces avantages nombreux pour les ISP : "gestion de projet, relations avec les enseignants locaux, travail d'équipe, excellents moments entre internes".

Le SANFI est désormais une "organisation mature et très bien structurée, notamment grâce au travail de transmission entre les équipes d'internes successives" rappelle Alexandre. Selon lui, "le principal point à améliorer serait de pérenniser les partenaires, probablement au travers de conventions avec le CliSP fléchées SANFI", point sur lequel s'accordent Damien et Lise qui considèrent que "la mise en place de partenariats financiers pérennes faciliterait le travail des villes organisatrices".

**Propos recueillis par Sylvain Gautier, ISP à Paris**



SANFI 2017 - Faculté de médecine de Lille



# L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : INTERVIEW DE MURIEL DUBREUIL

## Dossier SANFI

Appuyée sur une vision holistique de la santé, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) se déploie dans le monde depuis le milieu des années 1990. Démarche permettant d'apprécier les impacts positifs comme négatifs sur la santé d'une politique ou d'un projet et d'agir sur les déterminants de la santé, l'EIS est l'occasion d'un vrai dialogue entre professionnels et citoyens. Muriel Dubreuil qui a réalisé l'une des premières EIS menées en France nous apporte quelques éléments de définition à ce sujet.

### QU'EST-CE QU'UNE ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ ?

L'EIS est une démarche d'accompagnement du processus de décision publique en vue du développement de politiques favorables à la santé. Elle est définie comme un ensemble de procédures, méthodes et outils qui visent à identifier, généralement *ex ante*, des impacts positifs ou négatifs attendus d'une politique (d'un programme ou d'un projet) sur la santé de la population et leur distribution dans les différentes strates sociales. L'EIS permet d'estimer à l'aide d'informations scientifiques (données dites « probantes »), d'avis d'experts, de retours des habitants



Plaine Saint-Denis, théâtre de l'EIS de projets de transport en commun sur le territoire de Plaine Commune

et de données de contexte, les impacts potentiels sur le bien-être des populations puis de proposer des recommandations visant à maximiser les gains potentiels en termes de santé et à limiter les dommages potentiels pour la santé. L'EIS est ainsi une démarche de travail partenariale permettant de partager des connaissances sur les déterminants de la santé, entre des responsables de politiques sectorielles et/ou de projets et des professionnels de santé publique sensibilisés à cette pratique.

### CONCRÈTEMENT, À QUELS TYPES DE PROJETS PEUT-ELLE S'APPLIQUER ? COMBIEN D'EIS ONT ÉTÉ MENÉES EN FRANCE ?

L'EIS peut s'appliquer au niveau des politiques publiques, des programmes ou des projets.

L'ensemble des politiques/programmes/projets non sanitaires (transport, logement, développement urbain, emploi, politique fiscale, etc.) sont visés, dans la mesure où ils peuvent avoir un effet direct ou indirect sur les déterminants de la santé ou sur les inégalités. Plusieurs dizaines d'EIS sont en développement en France, en grande partie dans le champ de l'urbanisme et de la rénovation urbaine, avec quelques développements sur d'autres politiques publiques de façon plus marginale.

### L'UN DES AVANTAGES MAJEURS DE CETTE DÉMARCHÉ EST DE DONNER LA PAROLE À TOUTES LES PARTIES PRENANTES. EN QUOI CELA CONSISTE-T-IL ? COMMENT FAIT-ON POUR CELA ?

La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé s'inscrit dans les principes de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et s'appuie sur une vision holistique de la santé ; aussi les représentants des citoyens sont-ils la plupart du temps, associés à la démarche, ceux-ci étant les mieux placés pour exprimer leurs besoins, préoccupations et vision pour l'avenir. Dans une EIS, l'expertise citoyenne complète l'expertise scientifique. La concertation ainsi mise en place permet de combiner décision politique, état des connaissances scientifiques et savoir empirique des habitants dans leur vécu quotidien. L'inclusion des parties prenantes et des citoyens dans le processus de décision aide à la mise en œuvre des recommandations en augmentant leur légitimité. Il n'y a pas un cadre spécifique à l'EIS pour la consultation des parties prenantes, mais il est possible de s'appuyer sur des développements méthodologiques issus de la recherche participative ou tout simplement sur des dispositifs de concertation préexistants.

### **QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES ÉTAPES D'UNE EIS ? PEUT-ON FAIRE UNE EIS RAPIDEMENT ?**

Il existe un processus de travail codifié, élaboré et partagé par différents praticiens à l'échelle internationale avec cinq étapes (sélection, cadrage, analyse, recommandations et suivi/évaluation). Le développement d'une EIS implique l'existence d'un commanditaire,

qui peut être une collectivité territoriale, un porteur de projet, un maître d'œuvre, etc. Si la décision de réaliser une EIS est retenue, il sera nécessaire d'impliquer les acteurs susceptibles d'interférer avec le projet. La constitution d'un comité de pilotage de l'ensemble des parties prenantes est fréquemment retenue. Le choix d'un (ou plusieurs) évaluateurs responsables de réaliser l'EIS devra être effectué. En fonction du temps imparti et des ressources disponibles, il sera possible de réaliser différents types d'EIS : une EIS rapide (quelques semaines, basées sur revue de littérature), une EIS intermédiaire (2 à 6 mois, avec participation citoyenne) ou une EIS approfondie (6 mois et plus, générant de nouvelles productions de données en plus de la participation citoyenne).

### **LES RECOMMANDATIONS FORMULÉES À L'ISSUE D'UNE EIS DOIVENT PERMETTRE DE RENDRE LE PROJET PLUS RESPECTUEUX DE LA SANTÉ. DANS QUELLE MESURE LA RÉALISATION D'UNE EIS POURRAIT-ÊTRE SYSTÉMATIQUE POUR LES PLANS D'URBANISME OU DE RÉNOVATION URBAINE ?**

Dans la plupart des pays européens, les EIS sont réalisées sur une base volontaire. Je pense, personnellement (mais cet avis n'engage que moi) que la richesse des résultats et des recommandations d'une EIS tient à ce caractère volontaire. Il y a une dimension



*L'EIS est une démarche partenariale permettant de partager des connaissances sur les déterminants de la santé*

(...)

*Plusieurs dizaines d'EIS sont en développement en France dans le champ de l'urbanisme et de la rénovation urbaine*

(...)

*En fonction du temps imparti et des ressources disponibles, il sera possible de réaliser différents types d'EIS*







*Les compétences des évaluateurs [sont] à la fois techniques et managériales*

(...)

*Rendre plus fréquent le recours à des EIS [...] serait une manière de tendre vers des politiques publiques favorables à la santé*



très liée au contexte dans une EIS qui rend, à mon sens, difficile sa systématisation, s'il s'agit par ce terme de « systématisation méthodologique ». Quand à rendre plus « fréquent » le recours à des EIS, en particulier sur des projets où on anticipe des enjeux importants pour la santé, oui ce serait une manière de tendre vers « des politiques publiques favorables à la santé ». Reste la question du coût ; une EIS mobilise des compétences, variées selon les projets et cela a bien sûr un coût.

**AU QUÉBEC, L'ARTICLE 54 (EN VIGUEUR DEPUIS 2002) DE LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE OBLIGE L'ENSEMBLE DES MINISTÈRES ET ORGANISMES À ÉVALUER L'IMPACT POTENTIEL DE LEURS LOIS ET RÈGLEMENTS SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. EN FRANCE, UN VOLET SANITAIRE EST ACCOLÉ AUX ÉVALUATIONS D'IMPACT ENVIRONNEMENTAL RENDUES OBLIGATOIRES PAR LA LOI. EST-CE LÀ LA MÊME CHOSE ? PARLE-T-ON D'AUTENTIQUES EIS OU D'ERS ?**

Non ce n'est pas exactement la même chose. D'un côté il s'agit de lois et/ou règlements et de l'autre de plans. Par ailleurs l'EIS a une approche par déterminants de la santé, alors que l'ERS a une approche par risques. La dimension « prise en compte des aspects positifs sur la santé » est ainsi importante dans la démarche EIS.

## **QUELLE(S) EIS AVEZ-VOUS RÉALISÉS ?**

J'ai collaboré avec l'EHESP sur une expérimentation d'EIS puis j'ai été co-pilote d'une EIS sur des projets de transports en commun de la communauté d'agglomération de Plaine Commune en Seine-Saint-Denis et je développe d'autres projets.

## **LES MÉDECINS DE SANTÉ PUBLIQUE POURRAIENT ÊTRE LÉGITIMES À RÉALISER DE TELLES ÉVALUATIONS EX ANTE. EXISTE-T-IL DES GUIDES OU DES FORMATIONS SPÉCIFIQUES ? VOUS ACCUEILLEZ PAR AILLEURS DES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE SUR CETTE THÉMATIQUE À L'ORS D'ÎLE-DE-FRANCE.**

Les compétences des évaluateurs ont été identifiées, il s'agit à la fois de compétences techniques et « managériales » : - Diplôme en relation avec la santé (santé publique, géographie de la santé, etc.) ; - Expérience en animation d'équipe ; - Compétences : analyse de données ; synthèse d'articles scientifiques et de rapports ; production de raisonnements logiques et analytiques ; entretiens avec informateurs clés ; connaissances/expérience des questions sociales, de santé, inégalités de santé et questions environnementales ; - Qualités : impartialité, persévérance, diplomatie. Il y a des formations en France et à l'étranger et de nombreux guides

ont été produits et peuvent aisément être trouvés sur internet. Les évaluateurs expérimentés d'autres pays plus avancés que la France, font valoir que la compétence s'acquiert aussi beaucoup par la pratique. Cela signifie qu'il y a une montée en compétences en France. Par ailleurs, il est possible d'accueillir des internes sur ce thème, parmi les différents thèmes qui sont proposés aux internes de santé publique dans un ORS, cela dépend des orientations et choix stratégiques de la structure.

**QUEL AVENIR PEUT-ON ENVISAGER POUR LES EIS EN FRANCE ? PEUT-ON PLAIDER POUR UNE GÉNÉRALISATION ? POUR RENDRE CETTE DÉMARCHE PLUS SYSTÉMATIQUE VOIRE OBLIGATOIRE POUR CERTAINS PROJETS (COMME C'EST LE CAS DES EIE) ? QUI SERAIT ALORS CHARGÉ DE LES RÉALISER ? UNE AGENCE DÉDIÉE ? LES ARS ? DES ÉQUIPES DE RECHERCHE ?**

La pratique est encore relativement jeune, elle suscite donc beaucoup d'intérêt. Ce seront, je pense, des projets *ad hoc* qui se développeront, en fonction des opportunités, différentes sur les différentes territoires. L'expérience des pays ayant

développé les EIS depuis plus longtemps montre que la pratique peut être assez variée et les acteurs impliqués également. Je ne pense pas qu'il y ait de « règles » vraiment établies en France à ce sujet ; différents acteurs s'impliquent, de façons distinctes selon les territoires, les régions, en fonction de modes de collaboration pré-existants. Le retour d'expériences des premières « vagues » d'EIS permettra d'ici un ou deux ans, de voir à la fois comment les acteurs s'en saisissent et quelles sont les enjeux de qualité des EIS (il y a un certain nombre de critères repérés dans la littérature internationale). L'EIS se développera si elle arrive à montrer sa valeur ajoutée et à avoir une influence sur les politiques publiques. C'est cependant, quoiqu'il en soit une excellente démarche de plaider pour la santé et j'espère, personnellement, qu'elle a de bonnes perspectives devant elle. Enfin, l'EIS est un type de « recherche interventionnelle » : les acteurs institutionnels et certains chercheurs abordent progressivement ces approches encore insuffisamment présentes dans la « boîte à outils » des démarches de recherche en santé publique développées dans notre pays.

Par Sylvain Gautier, ISP de Paris



*Une vidéo de présentation des EIS est disponible à cette adresse <https://www.youtube.com/watch?v=UtdVxLg2-KQ>*



## L'OFFRE DE PREMIER RECOURS DANS LES TERRITOIRES

L'ordre des médecins a publié récemment son "Atlas 2016", un état des lieux de la démographie médicale en France. Ce document révèle une situation préoccupante au vu de l'évolution du nombre de médecins généralistes sur notre territoire. Doit-on s'inquiéter pour l'avenir de l'offre de soins de premier recours ? Rencontre avec François Tuffreau, directeur adjoint de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, et auteur du livre "La médecine générale, une spécialité d'avenir" paru cette année aux éditions Presses EHESP.

### DD : LES CHIFFRES PUBLIÉS PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE DOIVENT-ILS NOUS ALARMER ?

Il y a un consensus pour reconnaître que le nombre de généralistes baisse actuellement en France même s'il y a une vraie difficulté à les dénombrier. Depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière, et les généralistes ont dû passer devant des commissions pour que leur qualification soit reconnue. Mais comme tous n'ont pas fait cette démarche, le Conseil de l'Ordre ne prend pas en compte le même nombre de généralistes

que le Ministère de la Santé. Par ailleurs, seule la moitié d'entre eux exercent réellement la médecine générale auprès de patients qu'ils reçoivent en cabinet. Aujourd'hui, l'effectif des généralistes libéraux est inférieur à son niveau de 1996. Parallèlement, en 20 ans la population française a augmenté de près de 7 millions d'habitants, ce qui a donc entraîné une baisse de la densité de médecins généralistes. En revanche, sur cette même période, le nombre total de médecin a augmenté de 25 000. Mais cette augmentation ne concerne que les médecins salariés, c'est-à-dire principalement le secteur hospitalier.

### DD : COMMENT EXPLIQUER CETTE BAISSSE DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ?

Alors que par le passé les médecins choisissaient de s'installer en libéral à l'issue de leurs études, il semble que les nouvelles générations préfèrent les carrières hospitalières dans lesquelles ils trouvent un statut plus protecteur, notamment sur le plan médico-légal. Aujourd'hui, la référence c'est le statut de praticien hospitalier. Un médecin libéral travaille beaucoup, en moyenne plus qu'un médecin



hospitalier, pour des niveaux de revenus comparables en milieu de carrière.

### DD : LA DIMINUTION LA PLUS IMPORTANTE DU NOMBRE DE GÉNÉRALISTES N'EST PAS OBSERVÉE DANS UNE RÉGION RURALE, MAIS EN ÎLE-DE-FRANCE. POURQUOI PARIS ET SES ENVIRONS SONT-ILS AUTANT IMPACTÉS ?

On pense souvent que c'est en région parisienne qu'on trouve le plus de médecins, mais en réalité ces départements connaissent une situation difficile en matière de densité de généralistes libéraux. Pour exercer sa profession, le médecin a besoin d'un écosystème : il ne peut travailler seul, il doit pouvoir orienter ses patients vers un cardiologue, un psychiatre, un ophtalmologiste ou tout autre spé-

cialiste. Or, dans certaines régions, le monde hospitalier est la culture dominante et les jeunes médecins vont préférentiellement se tourner vers l'hôpital. De plus, le prix de la consultation étant identique à Paris, dans les Hauts de Seine ou bien encore à Marseille, le revenu du médecin libéral parisien sera moins important, en raison de ses investissements immobiliers et des charges qui lui incombent. Certaines régions favorisent l'installation de généralistes libéraux, ce qui n'est pas vraiment le cas de l'Île de France, compte tenu de la facilité d'accès à un spécialiste.

**DD : DES RÉGIONS COMME LA BOURGOGNE ET LE CENTRE ONT ÉGALEMENT VU LEUR NOMBRE DE GÉNÉRALISTES DÉCROÎTRE, UNE SITUATION D'AUTANT PLUS PRÉOCCUPANTE QUE CES TERRITOIRES AVAIENT DÉJÀ UNE DENSITÉ DE MÉDECINS TRÈS FAIBLE. LES PRATICIENS INSTALLÉS DANS CES RÉGIONS PEUVENT-ILS PRAATIQUER CORRECTEMENT LEUR PROFESSION QUAND ILS SONT PARFOIS MOINS DE 100 MÉDECINS POUR 100 000 HABITANTS ?**

Ce sont des régions qui vont cumuler les difficultés et cela devient très compliqué pour les médecins qui exercent dans ces territoires. Déjà peu nombreux, certains cabinets ferment sans trouver de remplaçant, et l'accès au spécialiste relève du casse-tête. Ces problèmes autrefois circonscrits à

certaines régions touchent désormais de plus en plus de territoires.

**DD : LES PAYS DE LA LOIRE ET LA BRETAGNE SONT LES SEULES RÉGIONS DANS LESQUELLES LE NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES A AUGMENTÉ DEPUIS 2007. QUELS SONT LES FACTEURS QUI ONT RENDU POSSIBLE CETTE PROGRESSION ?**

Ce sont des régions attractives présentant un dynamisme économique important. Initialement dotées d'une faible densité médicale, elles ont su attirer de jeunes médecins, notamment grâce à des restructurations hospitalières ayant conduit à la création de plateaux techniques attractifs. De plus, les médecins peuvent être sensibles aux efforts produits par les collectivités locales, les conseils régionaux et départementaux, les Agences régionales de santé pour favoriser leur installation, par exemple via la création de maisons de santé pluri-professionnelles.

**DD : LE NOMBRE DE MÉDECINS REMPLAÇANT A PROGRESSÉ DE 17% DEPUIS 2007. QUI SONT CES PRATICIENS ET POURQUOI CE MODE D'EXERCICE EST-IL AUTANT PLÉBISCITÉ ?**

A travers ce chiffre, il y a un effectif de médecins remplaçants, mais aussi de médecins retraités qui continuent d'exercer. Ces derniers représentent une proportion non négligeable du nombre total de



*Le monde hospitalier est la culture dominante et les jeunes médecins se tournent vers l'hôpital*

(...)

*Certains cabinets ferment sans trouver de remplaçant, et l'accès au spécialiste relève du casse-tête*







*Il y a aujourd'hui beaucoup d'inquiétude, autour de nombreux territoires ruraux mais également urbains*



médecins en France, aux environs de 5 % . Le modèle économique du remplacement est en fait plus avantageux, car ces généralistes imposent souvent leurs conditions au médecin installé qu'ils remplacent. Ils ont également moins de charges, plus de liberté dans l'organisation de leur emploi du temps, et par conséquent un confort de vie supérieur. Ce mode d'exercice séduit de plus en plus de médecins en fin de carrière qui y voient une opportunité intéressante pour cesser progressivement leur activité.

**DD : DANS SON RAPPORT 2016, L'ORDRE DES MÉDECINS PRÉVOIT UNE AMPLIFICATION DE CE PHÉNOMÈNE, CHIFFRANT LA PERTE D'1 GÉNÉRALISTE SUR 4 SUR LA PÉRIODE 2007-2025. QUELLES POLITIQUES METTRE EN OEUVRE POUR CONTRECARRER CETTE ÉVOLUTION ?**

Il y a aujourd'hui beaucoup d'inquiétude, autour de nombreux territoires ruraux mais également

urbains. Quand les problèmes de démographie médicale commencent à toucher des quartiers de grandes villes, y compris Paris, tout le monde s'en saisit et la question remonte dans l'agenda politique. Il n'y a malheureusement aucun consensus en France autour d'une solution garantissant une présence de la médecine générale sur l'ensemble du territoire, car les syndicats médicaux se sont toujours opposés à toute forme de limitation de la liberté d'installation. Ces questions vont être de plus en plus prégnantes dans les années à venir. Des solutions reposant sur les dynamismes locaux pourraient être mise en oeuvre pour améliorer la situation. Mais il n'y aura pas de miracle.

**Propos recueillis par Damien Durand, ISP de Nantes**

**Pour en savoir plus :**

“La médecine générale une spécialité d'avenir”, de Daniel Coutant et François Tuffreau, aux presses de l'EHESP

# LA VILLE PROMOTRICE DE SANTÉ : L'EXEMPLE DES CLS

Depuis la loi HPST de 2009, la politique de santé se décline au plus près des populations en tentant de tenir compte de la spécificité de chaque territoire. Les ARS peuvent ainsi contractualiser avec des collectivités territoriales, dont les villes et communautés de communes, des contrats locaux de santé (CLS). François Baudier, président de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé, nous éclaire à la suite d'un séminaire national de la FNES organisé récemment à Besançon sur le sujet.

## QU'EST-CE QU'UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ ?

C'est un accord conventionnel signé principalement entre l'ARS et une collectivité territoriale, souvent une commune mais cela peut-être également un pays, notamment dans les zones rurales. Parfois, d'autres partenaires sont signataires comme l'Assurance maladie ou les services de l'Etat, en complément de l'ARS. Dans ce dernier cas, le Préfet est alors impliqué. Il est important de préciser que c'est un dispositif peu encadré par les textes, ce qui laisse une grande liberté aux signataires pour en définir les contours et les règles de fonctionnement. C'est certaine-

ment une des raisons du succès de ce dispositif : sa souplesse et son adaptabilité.

## EN PRATIQUE, QUELS DOMAINES D'INTERVENTION SONT CONCERNÉS ? L'OFFRE DE SOINS ? L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ? LA PRÉVENTION ? LA PROMOTION DE LA SANTÉ PLUS SÛREMENT ? QUELLE EN EST ALORS L'ARTICULATION AVEC LE PRS ? AVEC LES CONTRATS URBAINS EXISTANTS (ASV, CUCS) ?

Au départ, la promotion de la santé et la prévention étaient les principaux champs couverts par les CLS : nutrition, environnement, lutte contre les addictions... Les Ateliers santé ville et les Contrats urbains de cohésion sociale ont été assez régulièrement à l'origine de la dynamique des CLS. C'est important à souligner car cela donne à ces initiatives une dimension très « promotion de la santé » et « lutte contre les inégalités sociales de santé », avec le souci d'agir concrètement sur l'ensemble des déterminants de la santé. Au fil du temps, beaucoup de CLS se sont ouverts aux questions d'offre ambulatoire, au médico-social... puis progressivement à l'hospitalier.



Cette globalisation de l'approche en proximité est essentielle à souligner car elle donne toute sa force et sa cohérence à ces contrats.

## COMBIEN DE CLS ONT VU LE JOUR JUSQU'ALORS ? QUELS TYPES DE TERRITOIRES CONCERNENT-ILS ? ET QUELLES POPULATIONS CELA COUVRE-T-IL ?

On estime qu'il y a plus de 300 CLS dans toute la France. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, leur ancrage n'est pas toujours urbain. Lors du séminaire national que nous venons d'organiser à Besançon, la Mutualité sociale agricole a montré tout l'intérêt, l'importance et le développement des CLS en milieu rural. Ville ou campagne, l'implication des élus et de la population est indispensable de la phase de diagnostic, jusqu'à la mise en place des actions et à leur évaluation. Cependant, cette démocratie



*Les Ateliers santé ville et les Contrats urbains de cohésion sociale ont été assez à l'origine de la dynamique des CLS*

(...)

*On estime qu'il y a plus de 300 CLS dans toute la France. Leur ancrage n'est pas toujours urbain*

(...)

*Ville ou campagne, l'implication des élus et de la population est indispensable*



en santé n'est malheureusement pas toujours une réalité. C'est une dynamique souhaitable mais parfois difficile à faire vivre. Des associations, comme les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, peuvent l'activer.

### **COMMENT SONT IDENTIFIÉES LES VULNÉRABILITÉS ? COMMENT SONT DÉTERMINÉES LES ZONES D'INTERVENTION PRIORITAIRES ?**

Au début, il faut bien le reconnaître, les CLS se sont implantés dans des territoires où il existait déjà des initiatives en matière de santé. Ensuite, il y a eu la volonté d'aller là où les besoins non couverts sont les plus importants. C'est une tâche difficile, car dans ces secteurs, le tissu associatif est souvent faible, les élus et les professionnels pas toujours très motivés. Il faut alors avoir une vraie politique incitative et volontariste. Enfin, dans certaines régions, comme en Bourgogne Franche-Comté, le choix a été fait par l'ARS de couvrir l'ensemble du territoire régional et donc l'ensemble de la population par un CLS.

### **ON COMPREND L'IMPORTANCE DE LA VILLE POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DE TOUS, AVEC JUSTESSE ET JUSTICE. QUEL EST L'INTÉRÊT D'UN TEL OUTIL EN TERMES DE PILOTAGE DES POLITIQUES DE SANTÉ ? EN QUOI LES CLS OFFRENT-ILS**

### **UN CADRE DE COHÉRENCE À L'ACTION PUBLIQUE ?**

Je crois qu'il faut trouver un équilibre subtil et parfois difficile entre des priorités nationales, régionales et locales. Cependant, la principale caractéristique de ces contrats est de répondre d'abord aux besoins de la population sur des territoires de proximité. C'est là la force et la justification des CLS.

### **UN ENJEU MAJEUR DES POLITIQUES DE SANTÉ EST CELUI DE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ. EN QUOI LES CLS PEUVENT AIDER À RÉPONDRE À CE BESOIN ?**

C'est effectivement un outil indispensable afin d'agir dans ce sens et ceci pour deux raisons. La première, je viens de l'évoquer : être en phase avec les besoins et attentes de la population. La seconde est d'agir sur les déterminants de la santé, pas seulement notre système de soin mais également l'éducation, le logement, l'aménagement du territoire, la culture... Dans un certain nombre de CLS, une évaluation d'impact sur la santé a été réalisée. C'est alors toutes les politiques publiques qui sont concernées<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> En effet, depuis la Charte d'Ottawa (et plus véritablement la déclaration d'Adélaïde), on affirme que la santé est dans toutes les politiques. Les CLS constituent un outil au service d'une stratégie locale de santé dans laquelle on lui reconnaît sa dimension intersectorielle. Voir sur ce point [http://who.int/social\\_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf](http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf)

## **CE DISPOSITIF A-T-IL ÉTÉ ÉVALUÉ DEPUIS SA CRÉATION ? QU'OBSERVE-T-ON ?**

On ne peut pas dire que les évaluations ont été nombreuses et systématiques. Le plus souvent un suivi et des bilans ont été réalisés. Il faut dire que l'on était dans des CLS de 1ère génération. Aujourd'hui, dans beaucoup de régions, ce sont des contrats de 2ème génération qui se mettent en place. Ils tiennent compte de l'expérience acquise et peuvent alors s'implanter ou se développer en phase avec les nouveaux Projets régionaux de santé en cours d'élaboration.

## **QUEL AVENIR PEUT-ON ENVISAGER ? ESPÉRER POUR LES CLS ?**

J'ai la conviction que l'avenir des CLS est prometteur, simplement il faudra dans le futur mieux les considérer. Le niveau national

s'y intéresse peu. Il n'a pas pris conscience que cette approche est sans doute une des clefs pour développer une véritable politique de santé publique. La loi santé de 2016 complexifie les organisations, en les accumulant par profession (communauté professionnelle territoriale de santé) ou par thématique (projets territoriaux de santé mentale). Cette politique est incompréhensible, irresponsable et totalement contre-productive. Il faut faire confiance aux acteurs de terrain et capitaliser sur leurs projets. Ceci est insuffisamment fait. La recherche interventionnelle doit trouver dans les CLS un terrain pour l'innovation. De plus, c'est un dispositif qui ouvre des perspectives concernant des initiatives partagées entre les institutions, les élus, les professionnels... et surtout les citoyens.

**Par Sylvain Gautier, ISP de Paris**



*J'ai la conviction que l'avenir des CLS est prometteur*

*(...)*

*La recherche interventionnelle doit trouver dans les CLS un terrain pour l'innovation*





# ARCHITHÉRAPIE : SOIGNER L'ARCHITECTURE POUR SOIGNER LES PATIENTS



La thérapie architecture de la Fondation Sainte-Marie

Traitement de la lumière, choix des couleurs, qualification des ambiances... Ce sont quelques-unes des préoccupations quotidiennes de Franck Vinsot, architecte scénographe à la Fondation hospitalière Sainte-Marie. Invité à s'exprimer lors de la Journée de la Société de Gériatrie et de Gérontologie d'Île-de-France (SGGIF) en juin dernier, il a expliqué comment l'architecture pouvait s'intégrer dans le soin des patients.

Créer un hôpital qui ne ressemble pas à un hôpital. Tel fut le défi proposé à Franck Vinsot il y a huit ans, à l'occasion de la construction de l'hôpital St Joseph, dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Depuis, l'architecte multiplie les projets

dans le monde médical, mettant ses compétences de bâtisseur au service du bien-être des résidents et personnels des établissements de santé.

Avant de concevoir un nouveau cadre pour l'accueil de personnes malades ou dépendantes, Franck Vinsot a commencé par référencer ce qui ressemblait à un hôpital, pour tenter de s'en écarter le plus possible. Et le constat est sans appel : couloirs à l'ambiance carcérale, espaces de vie colonisés au fil du temps par les machines à café et autres armoires de rangements, éclairage insuffisant,... Autant d'éléments qui contribuent à donner à l'hôpital une image sinistre, voire hostile, sur lesquels

l'architecte a dû travailler. La principale difficulté : réussir le mariage entre la fonctionnalité et l'esthétique. « En France, on considère que ce qui est fonctionnel ne peut pas être beau, et vice-versa ». Pour lutter contre ce postulat, Franck Vinsot s'efforce de rompre avec le formalisme, « s'éloigner des standards tout en préservant l'usage ». Repenser l'espace, le rendre beau et sensible. Ordinairement conçus comme des espaces servants, le scénographe envisage les couloirs sous un nouvel angle. En y installant des fonctions, comme une bibliothèque, en y ajoutant des ponctuations de couleurs, il transforme ces lieux de circulation par une approche sociale de l'endroit. « Il faut que ça vive, et que ça res-

pire ». De fait, la hauteur des faux plafonds est également un point critique. Par le passé, la place donnée à la technique prévalait sur la place laissée à l'humain. Pour Franck Vinsot, c'est tout un changement de paradigme qui doit s'opérer : « Les contraintes techniques et économiques doivent être un moteur de créativité. Ce n'est pas une fatalité que de vivre dans des espaces contraints ! ». Aux ingénieurs qui prétendent « qu'on ne peut pas faire ce qu'on veut, qu'il y a des normes à respecter », l'architecte répond par l'inventivité. Avec lui, les poteaux deviennent des arbres, les gaines techniques des éléments graphiques.

Pour Franck Vinsot, l'architecture doit ajouter du bien-être au patient, et compléter ainsi le travail des équipes soignantes. La réussite d'un projet réside dans la scénarisation des besoins en amont de la conception, pour « créer un espace qui répond à un usage et qui raconte quelque chose ». C'est ainsi qu'il a imaginé, pour la Fondation Sainte-Marie, un tracé de lignes à la fois graphique et

tactile pour faciliter la progression des malvoyants. Toujours dans un souci de joindre l'utilité et l'esthétique, Franck Vinsot joue avec les couleurs pour créer une dynamique, un signal visuel permettant à la personne âgée d'appréhender les obstacles. Inspiré par différents courant de modes architecturales, le scénographe reste néanmoins prudent face aux réactions à certaines esthétiques : « Un EHPAD ne doit pas ressembler à un plateau de télé-réalité. Il faut toujours donner du sens aux choses ». Pour cela, il s'attache à mener ses projets dans une démarche participative, en travaillant avec toutes les catégories de personnes concernées, de l'aide-soignante au kinésithérapeute en passant par le pensionnaire de maison de retraite ainsi que sa famille. En mettant la question du bien-être au cœur de sa conception de l'architecture, Franck Vinsot contribue à sa façon à la thérapie des patients, apportant ainsi sa pierre à l'édifice.

**Par Damien Durand, ISP de Nantes**



*L'architecture doit ajouter du bien-être au patient, et compléter ainsi le travail des équipes soignantes*

(...)

*Les couleurs [créent] une dynamique, un signal visuel permettant à la personne âgée d'appréhender les obstacles*

(...)

*Un EHPAD ne doit pas ressembler à un plateau de télé-réalité*



Paule Constant

## *DES CHAUVES-SOURIS, DES SINGES ET DES HOMMES*

Lectures



**Dans ce qui s'apparente à un véritable thriller médical, Paule Constant, dans la lignée de ses précédents ouvrages *Ouregano* et *White Spirit*, peint le décor d'une crise sanitaire en Afrique.**

L'histoire se situe quelque part en Afrique. On y suit la vie d'une petite fille de 7 ans, Olympe, dans son village au bord d'une rivière, d'un médecin envoyé par MSF qui lance une campagne de vaccination et d'un jeune socio-anthropologue qui étudie le parcours des coupeurs d'Hévéa.

Ces trois personnages sont au centre d'un évènement particulier dans l'histoire de cette région :

le début de la propagation d'une maladie inconnue. Chacun des protagonistes joue alors un rôle bien particulier. La rivière, source de vie qui apporte eau et prospérité, véritable personnage dans l'intrigue, va devenir source de mort en propageant la maladie.

L'histoire est courte, simple, et nous plonge dans la vie des différents acteurs et spectateurs de ce début d'épidémie. Il est intéressant de voir à travers eux les questions culturelles, éthiques et les croyances qu'elles soulèvent. Pas seulement chez les « soignants », mais aussi dans la population et chez les étrangers de passage.

L'auteur apporte aussi une réflexion sur la place de la médecine humanitaire et met en lumière les difficultés auxquelles elle peut être confrontée. D'après elle : "Pour raconter les peurs primitives et les comportements réflexes face à une épidémie d'aujourd'hui et de demain, rien de plus adéquat que la fable qui raconte nos peurs d'hier". Ce livre se lit comme une fable.

Hélène Tréhard, ISP de Lyon

Paule Michèle Constant a passé une grande partie de sa vie à l'étranger, notamment en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud. Elle a reçu le prix Goncourt en 1998 pour *Confidence pour confiance* et, le 8 janvier 2013, est élue à l'unanimité à l'Académie Goncourt. Docteur ès Lettres et Sciences Humaines (Université de Paris-Sorbonne). Professeure des Universités, elle a fondé et préside à Aix-en-Provence le «Centre des Ecrivains du Sud - Jean Giono» qui organise périodiquement des rencontres littéraires

# UNE SANTÉ QUI COMPTE ? LES COÛTS ET LES TARIFS CONTROVERSÉS DE L'HÔPITAL PUBLIC



## Une santé qui compte ?

Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public

Pierre-André Juven  
Préface de Frédéric Pierru

**Prix Le Monde  
de la recherche  
universitaire**

Partage du savoir

puf

**Depuis plus de deux siècles, l'hôpital semble marqué par ce paradoxe voulant qu'il soit à la fois indispensable, inattaquable de par le service qu'il rend à la communauté, et en même temps trop coûteux et donc à surveiller avec une attention de tous les instants...**

Pierre-André Juven, dans cet ouvrage, expose littéralement les rouages du système de financement hospitalier, facilitant la compréhension d'un mode de fonctionnement opaque de prime abord, et propose au lecteur une immersion en trois temps.

Durant la première partie, il revient sur le contexte historique

ayant favorisé l'émergence de quatre grands outils dictant le financement de l'hôpital public : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, Etude Nationale des Coûts, points d'Indices Synthétiques d'Activité et Tarification à l'Activité. Les difficultés inhérentes à leur mise en place, les controverses qu'ils ont soulevées, ainsi que leurs limites, sont exposées à partir d'un temps long, soulignant la constante difficulté qu'ont éprouvé les établissements de soin à subvenir à leurs besoins.

La seconde partie du livre invite le lecteur à suivre le cheminement de l'information médicale, partant d'un contact clinique avec le praticien pour aboutir au coût des actes réalisés ; associant ainsi le travail des acteurs locaux et nationaux du financement hospitalier. Chacune des étapes jalonnant ce parcours est alors exposée, facilitant la compréhension de l'intégralité du système. Fait notable : une attention toute particulière est portée aux acteurs non-soignants : comptables, contrôleurs de gestion et techniciens de l'information médicale.

La troisième partie expose les réserves émises concernant la Tarification à l'Activité, d'après les organismes de tutelle d'une part

Pierre-André Juven est docteur en sociologie de l'École des Mines de Paris. Membre de l'Institut francilien recherche-innovation-société (IFRIS), il est chercheur au Cermes 3. Il a enseigné à l'École des Mines de Paris, à l'Université Paris-Dauphine, et à l'Université d'Auvergne.

ainsi que par des acteurs non gouvernementaux. La multiplicité des critiques, leurs origines diverses, et l'absence de parti pris soulignent l'objectivité de l'ouvrage. Un exemple intéressant de remise en cause des méthodes de calcul de financements est donné par l'implication locale d'une association de malades, montrant la puissance d'une structure contestataire.

L'œuvre de Pierre-André Juven permet la compréhension d'un système a priori inaccessible au profane, abordant sans complexe les limites et controverses d'un secteur majeur de l'Économie de la Santé, branche incontournable de la Santé publique.

**Clément Contardi, ISP de Nancy**



## IL Y A 30 ANS, LE CLISP...

Découvrez les premiers pas, il y a 30 ans de cela, d'une interne de Santé publique dans la spécialité. Les fondateurs du Clisp nous ont permis d'imaginer ces instants d'hésitation entre choix audacieux et enthousiasme ambitieux. Ils étaient les premiers, ils ont aidé à dessiner les contours d'une nouvelle spécialité dans laquelle s'épanouissent désormais plusieurs promotions d'internes.

« Levez vos stylos ! » L'ordre tombe comme une délivrance, la fin d'une période longue et laborieuse. Laure\* relève la tête, ses concours sont finis. Comme beaucoup d'autres étudiants en médecine, elle avait choisi de passer l'internat pour « faire quelque chose de sa vie ». Son oncle est un pédiatre renommé, son grand-père a dirigé un grand service de chirurgie générale... en choisissant médecine elle savait : elle devrait se spécialiser.

En effet, deux ans auparavant, la loi portant réforme du troisième cycle des études médicales a finalement rendu le concours de l'internat obligatoire pour accéder aux spécialités. Laure avait suivi les nombreux débats entre le corps médical et le monde politique. Elle était même descendue dans la rue à plusieurs reprises avec de nom-

breux étudiants soucieux de devoir se confronter à un nouvel écrémage après une sélection initiale déjà sévère.

La loi adoptée, Laure a donc passé les concours. Il est maintenant temps de choisir sa spécialité. Après de nombreuses réflexions, Laure décide de ne pas intégrer une spécialité clinique. Elle découvre que la réforme de 1982 avait créé trois nouvelles filières : Recherche, Médecine du travail et Santé publique. La Santé publique est maintenant une spécialité médicale universitaire mais ne paraît pas encore considérée comme légitime. Les uns pensent que sa création relève d'une posture idéologique allant à l'encontre des spécialités « nobles » ; d'autres la considère comme inutile ; au mieux on dira que c'est une étrangeté qui sera bien vite supprimée. Pourtant, Laure se lance : elle intégrera la promotion 1984 des internes de santé publique !

Pour son premier stage, le nombre de terrains proposés s'avère faible. Elle se tourne finalement vers un stage à la DASS (direction des affaires sanitaires et sociales). Mais, au moment de faire son choix :

– « Etes-vous sûre de vouloir ce stage ? lui-dit la responsable.

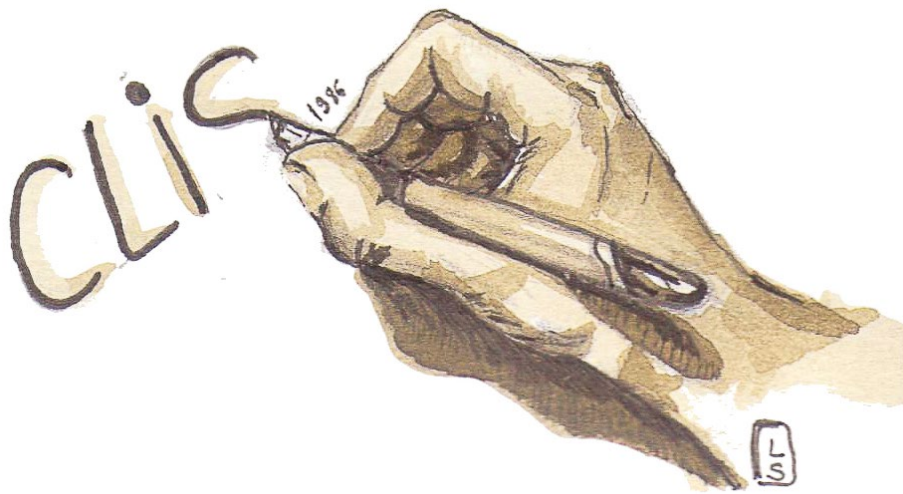


Parce que nous, on ne va pas pouvoir vous payer si vous allez là-bas.

- Comment ça ?
- Bah, vous comprenez, on n'a pas prévu de payer les internes qui ne travaillent pas dans les hôpitaux. Enfin, vous pouvez y aller mais vous n'êtes pas sûre d'être rémunérée... »

Laure opte donc pour un stage en hygiène hospitalière au CHU. Ils sont quatre internes pour gérer les consultations antirabiques dans un secteur où aucun cas de rage n'a été recensé depuis de nombreuses années. Une fois par semaine, elle est chargée de prélever des échantillons sur les poignées de portes du CHU pour pouvoir les analyser ensuite.





Pour sa formation théorique, Laure découvre bien vite qu'aucun cours ne lui est proposé. La formation des internes de Santé publique n'est pas encore mise en place... Rien ne semble prévu pour eux.

**« On est réellement bons que dans l'intranquillité »**

Un peu sidérée par cette situation, elle décide de suivre une formation de statistique organisée à Paris. C'est à cette occasion que Laure fait la connaissance d'autres ISP. Ils ont pris l'habitude de se retrouver après les cours et l'invitent à se joindre à eux. Les discussions vont bon train ! Chacun raconte un bout de son histoire : son stage, ses co-internes, ses professeurs. Ils ont tous une idée de ce qu'ils veulent faire : recherche, politique, promotion de la santé, économie... Ils savent tous dans quel domaine de la Santé publique ils veulent évoluer et surtout ils veulent y être bons ! Mais le chemin paraît difficile et même incertain. Sans formation,

ni cours, ni stage, quelles seront leurs chances ?

**« L'incertitude est source de création »**

Vient alors le temps des grandes idées, celles qui commencent à germer dans l'esprit de chacun, elles prennent forme petit à petit : il faut faire plus, créer une formation, ouvrir des stages, se faire connaître !

Laure partage le même enthousiasme que les autres : elle croit en cette discipline et en son importance. Il faut se battre ensemble pour qu'elle ne devienne pas une sous-spécialité. Mais « ensemble » nécessite de l'organisation... Certains ont déjà pris l'initiative de créer des associations d'ISP dans leur propre ville mais les internes y sont peu nombreux.

« Et si on regroupait les ISP dans un seul organisme ». L'idée est lancée. Elle paraît évidente. Une organisation nationale apportera la reconnaissance de la spécialité



*On n'a pas prévu de payer les internes qui ne travaillent pas dans les hôpitaux*

*(...)*

*Une organisation nationale apportera la reconnaissance de la spécialité et permettra de mutualiser les informations sur les formations et les débouchés*





*Nous sommes en 1986, le CliSP est né !*

*(...)*

*La Santé publique s'installe à l'hôpital avec les services de recherche clinique et les DIM suite à l'arrivée du PMSI*



et permettra de mutualiser les informations sur les formations et les débouchés.

La volonté première est de rassembler les ISP. Il est donc rapidement décidé d'éviter toute connotation politique : pas de syndicat mais un collège, pas de président(e) mais l'ensemble des représentants des associations locales tous égaux et tous investis. Nous sommes en 1986, le CliSP est né !

Les premières Assises Nationales des internes de Santé publique ont lieu à Lyon. Laure s'y rend pour représenter les ISP de son inter-région. Au vu des récents débats parlementaires, la spécialité est menacée. Le collège décide donc de rencontrer les décideurs pour montrer l'importance de la spécialité. Ensemble, ils écrivent de nombreux courriers adressés aux cabinets ministériels de la santé et de l'enseignement en espérant pouvoir ouvrir le dialogue. La pre-

mière réponse vient du Directeur Général de la Santé, Jean-François Girard, qui accepte de les recevoir. Cette rencontre importante va leur donner une légitimité en tant que spécialité médicale. D'autres conseillers du ministre de la santé et du ministre de l'enseignement les recevront les mois suivants. Laure assiste à chaque rencontre avec une dizaine d'autres représentants des inter-régions.

Il faut aussi travailler sur le terrain. Les associations d'inter-région non existantes se créent rapidement et s'activent à ouvrir des stages formateurs aux ISP. Grâce aux négociations du CliSP, les représentants des internes peuvent être présents aux commissions de DES locales pour participer à l'ouverture de terrains de stages appropriés à leur formation.

*« On est peut-être devenu ISP par concours de circonstance, mais on y reste parce qu'on est bons et ambitieux »*

Au fur et à mesure de son internat, Laure va voir la Santé publique s'installer petit à petit à l'hôpital avec l'ouverture de services de recherche clinique et la création des DIM suite à l'arrivée du PMSI. Les internes sont de plus en plus présents dans ces services et vont participer à l'organisation de la Santé publique dans le milieu hospitalier. Mais Laure garde une idée précise en tête : au début de son internat, le virus du SIDA a été découvert par

une équipe de l'institut Pasteur. Elle a suivi la prise de conscience progressive autour de la maladie et souhaite orienter sa carrière dans ce domaine. Après plusieurs stages dans des services hospitaliers spécialisés dans le SIDA, elle parvient à ouvrir un stage chez AIDES et découvre l'organisation de la prise en charge des malades sur le territoire. Elle oriente finalement son parcours en recherche épidémiologique autour du SIDA grâce à ses derniers stages en unité de recherche.

Jusqu'à la fin de son internat, Laure assiste à chaque réunion du CliSP. Elle y retrouve des co-internes devenu des amis. Passionnés, téméraires et ambitieux, ils créaient un état d'esprit sans se douter que, 30 ans plus tard, nous serions 200 ISP rassemblés à Nantes pour un séminaire national extraordinaire !

*\*Laure est un personnage fictif, inspiré des récits de certains membres fondateurs du CliSP. Un grand merci à **Anne Gagnepain-Lacheteau** (ISP promo 1985, Montpellier I. Directeur médical, Fondation Sanofi Espoir), **Christine Lasset** (ISP promo 1984, Lyon Sud. PU-PH SP, centre Léon Bérard, département de recherche génétique et épidémiologie des cancers) et **Cédric Grouchka** (ISP promo 1985, Toulouse. Membre du collège de l'HAS) pour leur aide précieuse dans la rédaction de cet article.*

**Illustrations par Laetitia Satilmis, ISP de Lyon**

**Par Louise Petit, ISP de Paris**



Louise Petit

ISP de Paris

Rétrospective

## IL Y A 30 ANS...



La nostalgie ne s'arrête pas là ! Il y a trente ans, les ISP étaient déjà en séminaire. Nous vous présentons ici l'affiche réalisée pour le Syndicat des Internes de Santé Publique de l'Ouest (SISPO) à l'occasion des deuxièmes assises

nationales des internes de santé publique. L'illustration avait été faite par **Marie-Monique Fressigné** (ISP promo 1985, Rennes - Médecin légiste à Lorient) et **Paolo Bercelli** (ISP promo 1984, Rennes - Médecin DIM, GHT

Bretagne Sud). Nos enquêteurs ont pu la dénicher grâce à l'aimable participation de **Frédéric Dugué** (ISP promo 2009, Paris - CCA SP La Pitié Salpêtrière. Président AISP).

## WHAT IS EURONET MRPH?

The idea of a network of residents in Public Health raised in 2008, in Rennes. Almost ten years passed by and the Network has incredibly evolved, faced new challenges and expanded its boundaries - or, more likely, proved to have no actual boundaries.

The construction of a network like EuroNet is not a simple task and constitutes a real, though necessary, challenge for young Public Health professional. Despite current, hopefully transient, political trends against internationalization and openness, the future is open, international and interconnected. The vast majority of Public Health issues do not respect (national) boundaries - neither should our professional work. This is the reason why EuroNet members deeply value the idea of networking with other fellow residents and trainees as well as with Public Health specialists around Europe.

Public Health is about networking and networks and its future is open, international and interconnected. Summing everything up, one of the reasons why to be involved in this network is: new connections mean new ideas and better knowledge. The analysis of the education of Public Health spe-



EuroNet Spring Meeting at the European Parliament of Strasbourg

cialists has always been one of the main purpose of the Network.

The yearly meetings, the internship exchange program, and the cross-country research are the main tools EuroNet is using to take on the monitor function of the training programs throughout Europe.

Our effort highlights that, although every country tries to answer to Public Health issues by a different organization both in Public Health political and scientific infrastructure, and in its education pathway, the main issues are the same across the continent. Finding new and sustainable ways of delivering healthcare, tackling the non-com-

municable disease epidemics of the 21st century, like obesity or diabetes, and working on new communicable disease challenges, such as the rise of antimicrobial resistant microorganisms, are all common issues in Europe. These challenges come along with the development of cities and the new needs that this development brings in terms of health, the demand for less polluted air and new spaces fitted out for physical activity.

The extent of these challenges shows how a « only national » answer is not an option and underlines the need to deploy all the tools and the multi-sectoral skills that Public Health has to offer us.



Freedom of movement, trade and goods means that Public Health opportunities and threats also move freely across the continent. For this reason, Public Health in the European context will also mean further collaboration and integration of national associations and organisations.

Public Health in Europe is shifting from a traditional medical model to a multidisciplinary model characterized by remote work, out-of-the-box and forward thinking, advocacy, managerial skills.

We now know that the health of the population is mainly determined by the « social determinants of health ». This means that tools usually reserved for other disciplines are already a must in Public Health on a high level - meaning to produce change. Delineation between disciplines is disappearing and in the very near future we will have Public Health economists, architects, veterinarians and lawyers but also informaticists, mathematicians, philosophers and artists.

Taking all this into consideration, we are developing a heterogeneous network of collaborations. We closely and continuously cooperate with key young Public Health professionals associations in Europe like Young Forum Gastein (part of the European Forum Gastein)

and EUPHAnxt (part of EUPHA). We cooperate with the central Public Health education association in Europe - ASPHER, with the idea in mind to better represent European resident in their educational choices. But we also cooperate with some non-core Public Health institutions like IEDC Bled School of Management in Slovenia. EuroNet is also a member of European Public Health Alliance (EPHA); with their help we plan to work on the advocacy skills of our members in the near future.

Public Health is a never-boring, perpetually-changing field to work in. The extent of this discipline, along with the pace of the changes, makes essential to work and learn together, facing the differences and crossing the borders. Through sharing information, facilitating exchanges and developing research, this is just what EuroNet MRPH aims to do. And it does it with enthusiasm and curiosity.

**EuroNet MRPH Board: Damir Ivankovic, Alberto Mateo, Lilian van der Ven, Damiano Cerasuolo**

Website: [www.euronetmrph.org](http://www.euronetmrph.org)

Facebook: [EuroNetMRPH](https://www.facebook.com/EuroNetMRPH)

Twitter: [@euronetmrph](https://twitter.com/euronetmrph)

Email: [publichealth@euronetmrph.org](mailto:publichealth@euronetmrph.org)



## Bureau du CliSP

**Laetitia Satilmis**

*Présidente*

[president@clisp.fr](mailto:president@clisp.fr)

**Alexandre Fauconnier**

*Vice-Président*

[alexandre.fauconnier@gmail.com](mailto:alexandre.fauconnier@gmail.com)

**Louise Petit**

*Secrétaire Générale*

[secretariat@clisp.fr](mailto:secretariat@clisp.fr)

**Arthur Barnay**

*Trésorier*

[tresorier@clisp.fr](mailto:tresorier@clisp.fr)

**Clément Contardi**

*Chargé de la Communication*

[clemeny@hotmail.com](mailto:clemeny@hotmail.com)

**Sylvain Gautier**

*Rédacteur en chef du Bulletin*

[bulletin@clisp.fr](mailto:bulletin@clisp.fr)

**Vincent-Dozhwal Bagot**

*Administrateur Web*

[vincentbagot@gmail.com](mailto:vincentbagot@gmail.com)

**Adrien Guilloteau**

*Responsable éditorial web*

[guilloteau.adrien@free.fr](mailto:guilloteau.adrien@free.fr)

**Maud Giacopelli**

*Chargée de coordination*

*avec les représentants inter-régionaux*

[md.giacopelli@gmail.com](mailto:md.giacopelli@gmail.com)

**Damiano Cerasuolo**

*Chargé de relation avec EuroNet MRP*

[damiano.cerasuolo@gmail.com](mailto:damiano.cerasuolo@gmail.com)

**Guillaume Ah-Ting**

*Chargé de liaison avec les AISP*

[guillaume.ahting@gmail.com](mailto:guillaume.ahting@gmail.com)

## Collège du CliSP 2016-2017

### Ile-de-France

**Camille Bertrand**

[bertrandcamille78@gmail.com](mailto:bertrandcamille78@gmail.com)

**Jérémy Laurent**

[jerem88290@hotmail.fr](mailto:jerem88290@hotmail.fr)

### Nord-Est

**Pauline Marchand**

[paulinemarchand89@gmail.com](mailto:paulinemarchand89@gmail.com)

**Thibault Fabacher**

[thibaut@fabacher.fr](mailto:thibaut@fabacher.fr)

### Nord-Ouest

**Florence Condat**

[florence.condat@hotmail.fr](mailto:florence.condat@hotmail.fr)

**Aurélien Zhu-Soubise**

[aurelienz.soubise@gmail.com](mailto:aurelienz.soubise@gmail.com)

### Ouest

**Yannick Belin**

[yannbelin@hotmail.com](mailto:yannbelin@hotmail.com)

**Simon Vergnaud**

[simon.vergnaud@chu-nantes.fr](mailto:simon.vergnaud@chu-nantes.fr)

### Rhône-Alpes et Auvergne

**Lucie Pothrat**

[luciepothrat@hotmail.fr](mailto:luciepothrat@hotmail.fr)

**Solene Clout**

[solene.clout@gmail.com](mailto:solene.clout@gmail.com)

### Sud

**Adeline Riondel**

[adeline.riondel@gmail.com](mailto:adeline.riondel@gmail.com)

**Davide Tufo**

[dr.davide.tufo@gmail.com](mailto:dr.davide.tufo@gmail.com)

### Sud-Ouest

**Adrienne Francopoulo**

[louisecamille@laposte.net](mailto:louisecamille@laposte.net)

**Romain Gallard**

[rom.gallard@gmail.com](mailto:rom.gallard@gmail.com)

Avec le soutien de :



# CliSP

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

[www.clisp.fr](http://www.clisp.fr) - [contact@clisp.fr](mailto:contact@clisp.fr)

**CliSP - Bulletin n°32 - Avril 2017**

Rédacteur en chef :

**Sylvain Gautier**

Conception et réalisation :

**Philippe Enderlin**

Crédit photo couverture :

**flickr - CC BY © yannboix**