

Avril 2018

# BULLETIN NUMÉRO 35



COLLÈGE DE LIAISON  
DES INTERNES  
DE SANTÉ PUBLIQUE

14<sup>ème</sup> édition SANFI 2018

Préventions : Agir aujourd'hui,  
prévenir demain

## SOMMAIRE

- P03 - Éditorial du Président
- P05 - Retour sur le SANI 2017 Interrégion Nord-Est
- P08 - Dossier SANFI
- P33 - Lectures
- P34 - Euronet MRPH : Mot de l'équipe française





### NOUS SOMMES TOUS DES GIRONDINS !

Comme l'usage le veut, il me revient d'introduire ce nouveau numéro du Bulletin du CliSP publié à l'occasion de la 14<sup>ème</sup> édition du séminaire annuel national de formation des internes de santé publique (SANFI). Cette année, nous nous retrouvons tous à Bordeaux, un « très bel endroit pour écrire une belle histoire » d'après Mary Higgins Clark. Un très bel endroit, en effet, pour accueillir un séminaire de formation ne serait-ce que parce que la ville a été désignée comme la moins stressante de France en 2017. Profitons donc de ces quelques jours d'un autre rythme pour découvrir la ville, admirer ses belles bâtisses et profiter de son patrimoine gastronomique, pour nous promener sur les quais de la Gironde, flâner place des Quinconces et déambuler rue Sainte-Catherine, pour déguster un cannelé ou encore gravir la tour Pey-Berland !

Ces trois jours de formation sont un rendez-vous important de l'internat, un moment propice à la réflexion et aux échanges, un instant suspendu que l'on garde en mémoire. Cette année, nous sommes invités à parler de « préventions ». Une thématique intrinsèque à notre spécialité que l'on peut inter-

roger sous tous les angles de nos spécialisations respectives. A cette fin, l'équipe bordelaise des internes et des universitaires nous a concocté un programme aux petits oignons. Je les remercie pour toute cette énergie dépensée au bénéfice de l'ensemble des internes et tout particulièrement Kevin Ouazzani qui n'aura pas ménagé ses efforts pour coordonner tout l'ensemble. Vous trouverez dans ce 35<sup>ème</sup> numéro du Bulletin un dossier complet sur le séminaire.

### LA CULTURE DE PRÉVENTION

« Agir aujourd'hui, prévenir demain ». Voilà un slogan que peut faire sien tout médecin de santé publique. En effet, parce qu'il s'adresse au plus grand nombre et qu'il cherche à préserver l'état de santé, le professionnel de santé publique se positionne résolument dans le champ de la prévention et en constitue un acteur incontournable. Toutefois, il importe de souligner certains des enjeux.

D'abord, comme annoncé dans le premier titre de la Stratégie nationale de santé et dans le plan national de santé publique, il est avant tout question de promotion de la santé. L'action sur les déterminants de la santé et la



réduction des inégalités sociales et territoriales de santé doit ainsi être au premier plan des politiques publiques. Ensuite, la prévention mérite de s'exprimer en dehors du champ sanitaire et l'effort porte sur la santé dans toutes les politiques. Enfin, la prévention doit pouvoir être financée, concrétisée puis évaluée mais aussi s'adapter aux évolutions techniques et scientifiques.

### AFFIRMER NOTRE PLUS-VALUE

Cette culture de prévention est la nôtre. Elle nous oblige également : nous devons enrichir notre pratique au regard de ces enjeux. Les différents repositionnements des spécialités médicales sur les pratiques cliniques préventives et l'organisation des parcours



nous poussent à nous interroger. Comment affirmer, demain, une place prépondérante au sein d'un système de santé profondément remanié ?

D'ores-et-déjà, notre parole compte. En novembre dernier, le CliSP a ainsi été auditionné par le Haut conseil de la santé publique au sujet de la place des offreurs de soins dans la prévention. Fin 2017,

nous avons aussi été parmi les signataires de la pétition en faveur du Nutri-score (cf. bulletin précédent). Peu de temps avant, nous avons co-signé avec l'ISNAR-IMG un des deux éditoriaux du numéro spécial du Bulletin épidémiologique hebdomadaire consacré à la vaccination des jeunes enfants. Les internes de santé publique savent être au rendez-vous !

## EN FORMATION PERMANENTE !

Pour les plus jeunes d'entre nous, cette fin avril marque aussi la fin du premier stage d'internat. Même si les débuts de la réforme du troisième cycle auront pu être difficiles, nous espérons que vous n'aurez rien perdu de votre enthousiasme et de votre motivation et que vous êtes prêts à entamer votre deuxième semestre avec le dynamisme nécessaire. En tant qu'internes de phase socle, vous aurez bientôt à formaliser votre contrat de formation. Nul doute que ce séminaire, grâce aux échanges avec les enseignants et autres internes, vous sera profitable pour façonner votre orientation.

L'orientation sera également, comme chaque année, au cœur du CliSPro qui aura lieu en juin prochain et où nous vous attendons nombreux ! C'est un autre moment fort de l'internat, marqué notamment par le Congrès des internes de santé publique et, comme toujours, quelques surprises. D'ici là, je vous souhaite à tous un excellent séminaire bordelais.

**Sylvain GAUTIER**

## RETOUR SUR LE SANI INTERRÉGION NORD-EST

**C'est dorénavant une tradition bien établie, les internes de l'interrégion Nord-Est organisent chaque année au mois de décembre un séminaire d'accueil pour la nouvelle promotion.**

Ce séminaire est organisé à tour de rôle par les internes d'une des villes de l'interrégion, à savoir Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg.

Il a pour objectif de faire découvrir les grands domaines de la santé publique à travers différentes présentations de parcours et d'expériences de médecins de santé publique en activité.

Il crée aussi une opportunité de rencontre entre ISP de la région.

Par ailleurs, ce séminaire fait partie intégrante de notre formation car il est reconnu dans sa dimension pédagogique par nos coordinateurs et enseignants.

Cet événement s'inscrit dans la continuité du SANI national organisé par le CliSP et en est complémentaire. En effet, ayant lieu en décembre, soit un mois après leur prise de fonction, les nouveaux internes ont une attente et un questionnement différents



du fait de leur début d'expérience personnelle.

De par son niveau régional, ce SANI constitue aussi une étape clé permettant aux nouveaux internes de se connaître et de s'intégrer dans le réseau existant des ISP de la région, un programme social venant compléter comme il se doit le programme pédagogique !

Cette année c'était donc au tour de Reims d'accueillir les 4 et 5 décembre 2017 le cru i-ECN2017.

Durant ces 2 jours, une dizaine de médecins de santé publique aux profils différents sont intervenus.

Ils ont présenté leur parcours d'interne : stages réalisés, masters et diplômes obtenus, activités associatives... puis la transition entre la fin internat et le début de carrière avec leur premier emploi.

Ils ont également détaillé leur poste actuel afin d'en expliquer les missions. Chacune de ces différentes présentations a alimenté un débat permettant aux intervenants de répondre aux interrogations des nouveaux internes.

D'un point de vue participation, ce SANI a eu un franc succès puisque la quasi-totalité des nouveaux ISP de l'interrégion étaient présents.



De plus, la satisfaction globale mesurée par un questionnaire d'évaluation concernant l'organisation générale et la qualité des interventions était très bonne.

Ce retour positif, à la fois des participants et des intervenants,

confirme l'intérêt d'un tel événement et nous encourage à le renouveler chaque année !

**Pauline Marchand**  
ISP de 5ème semestre à Reims

## OPINION D'UN NOUVEL INTERNE SUR LE SANI DE REIMS

« En quoi consiste le travail d'un médecin de santé publique ? » c'est la question que je me suis posée, comme beaucoup de nouveaux internes en santé publique. Le SANI national organisé par le CliSP en octobre à Paris a répondu à de nombreuses questions. Néanmoins, certaines zones d'ombre restaient à éclaircir.

C'est alors qu'est arrivé le SANI de l'interrégion Nord-Est organisé par les internes de santé publique de Reims. Pendant ces deux jours de séminaire, nous avons pu rencontrer différents professionnels de santé publique et majoritairement d'anciens internes de la ville de Reims. Ils nous ont présenté leur parcours durant leurs études ainsi que leur travail actuel. La liberté de parole nous a permis de poser toutes les questions que nous voulions poser et y recevoir les réponses appropriées.

Nous avons ainsi pu voir à quel point la santé publique est une spécialité vaste et cosmopolite tant par les profils de chacun des intervenants que par les parcours extrêmement variés et les diffé-

rentes activités possibles après l'internat.

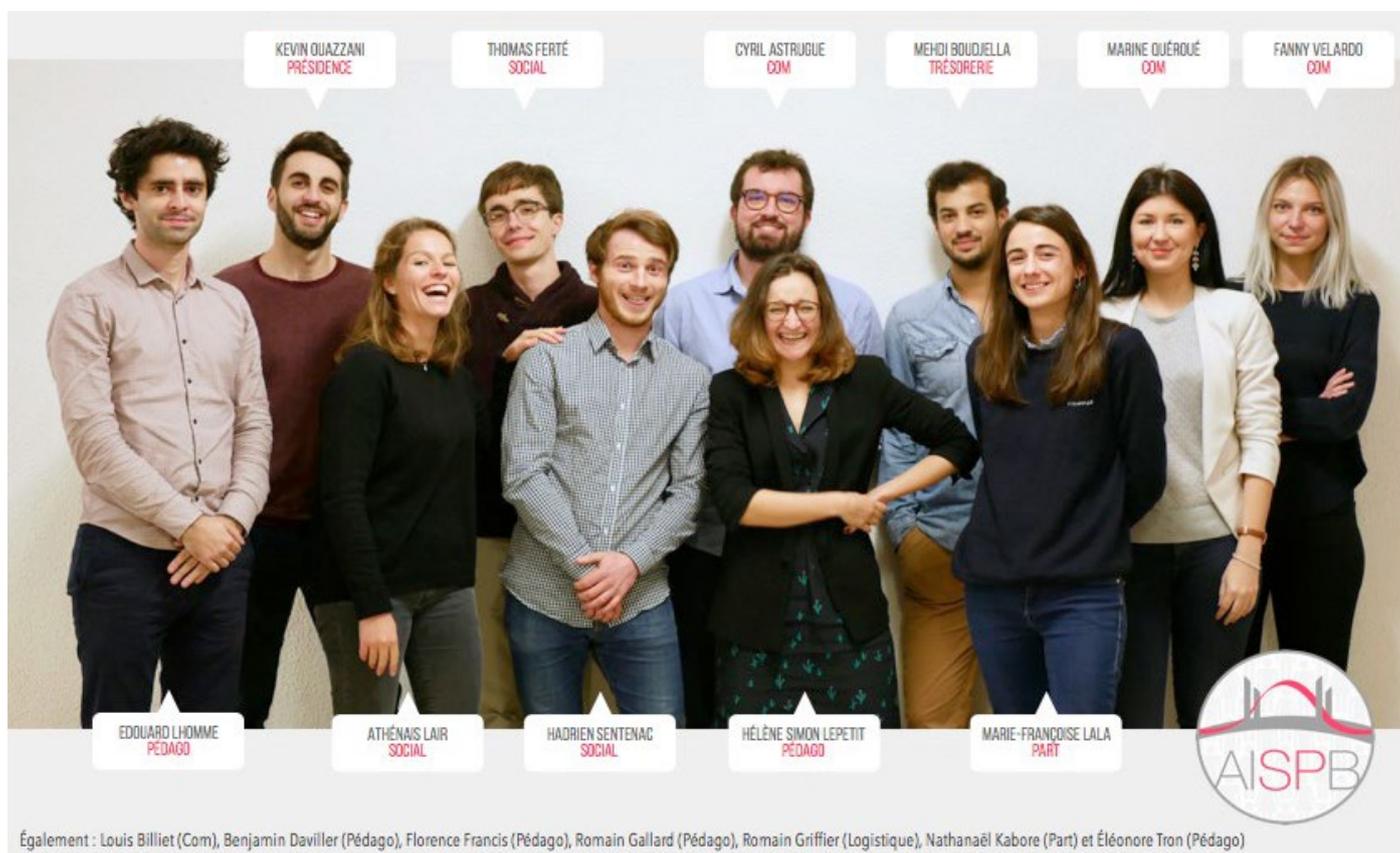
Ce séminaire a été aussi l'occasion de commencer à se créer un réseau par la rencontre entre intervenants, anciens internes et nouveaux internes. Un réseau renforcé le soir par une petite mais non moins sympathique, activité sociale, à savoir visite du marché de Noël et de la cathédrale de Reims, dégustation de vin chaud, dîner au restaurant et, pour terminer, un dernier arrêt dans un bar de la ville.

Quel que soit notre statut de nouveau ou d'ancien interne, il semble que nous ayons tous les mêmes craintes et les mêmes questions en tête à propos de la santé publique. Ce SANI nous a apporté des réponses claires et satisfaisantes.

Pour conclure, je citerai un auteur anonyme qui a dit que « en santé publique, l'exceptionnel est notre quotidien ».

**Melchior de Giraud d'Agay**  
ISP de 1er semestre à Dijon

# L'ÉQUIPE DU SANFI 2018



Également : Louis Billiet (Com), Benjamin Daviller (Pédago), Florence Francis (Pédago), Romain Gallard (Pédago), Romain Griffier (Logistique), Nathanaël Kabore (Part) et Éléonore Tron (Pédago)

## Présentation de l'équipe d'organisation

**Kevin Ouazzani** : président de l'Association des Internes de Santé Publique de Bordeaux (AISP-B) et chef de projet du SANFI 2018

**Cyril Astrugues** : Chargé de communication et de logistique

**Marine Quéroué** : Chargée de communication et du programme social

**Fanny Velardo** : Chargée de communication et interface avec le CliSP

**Louis Billiet** : Chargé de communication et de logistique

**Romain Griffier** : Chargé de logistique

**Marie-Françoise Lala** : Chargée des partenariats

**Mehdi Bouhjella** : Trésorier et chargé du programme pédagogique

**Florence Francis** : Chargée du programme pédagogique

**Edouard Lhomme** : Chargé du programme pédagogique

**Hadrien Sentenac** : Chargé du programme social

**Thomas Ferté** : Chargé du programme social

## Ont aussi participé à l'aventure :

**Romain Gallard** : Chargé du programme pédagogique et des partenariats

**Éléonore Tron** : Chargée des partenariats

**Hélène S. Lepetit** : Chargée du programme pédagogique

**Nathanaël Kabore** : Chargé des partenariats

### Site internet :

<https://aispb.fr/sanfi2018/>

**Facebook** : @aispb33 - AISP-B - Internes de santé publique de Bordeaux : événement SANFI 2018 Bordeaux

**Twitter** : @sanfi2018 #PREVENTION #sanfi2018

Fanny Velardo

ISP de Bordeaux

Dossier SANFI

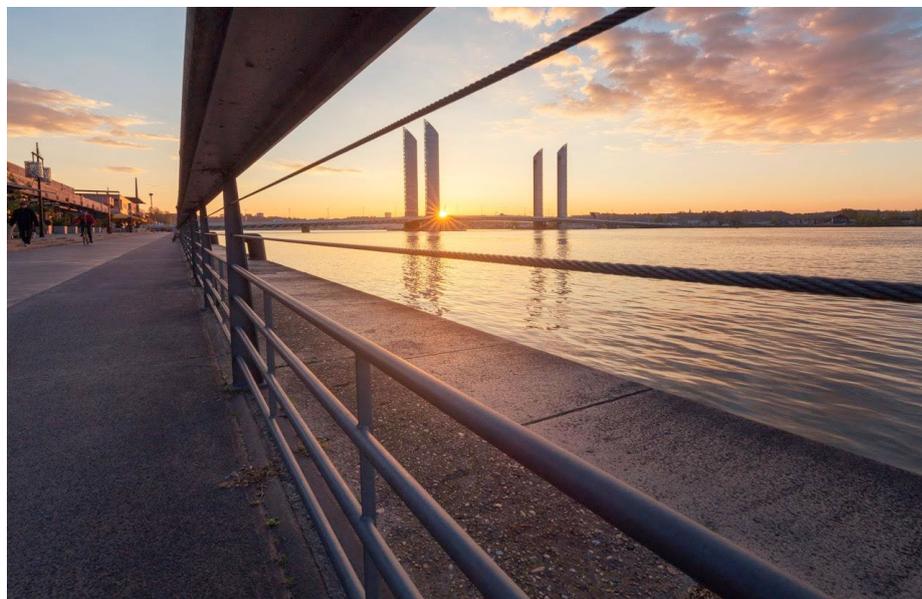
## BIENVENUE À BORDEAUX !

Cette année, c'est à Bordeaux que le SANFI prend place pour 3 jours de formation.

Avec 7 internes par promotion en moyenne, celle que l'on surnomme la « Perle d'Aquitaine » est la ville de province avec le plus grand nombre d'internes de santé publique en formation. Et pour cause, c'est une ville moteur en santé publique. Nous avons la chance à Bordeaux d'avoir l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement) et évidemment le siège de l'ARS Nouvelle-Aquitaine qui sont deux structures très actives et impliquées en santé publique et notamment en prévention.

Les internes de santé publique bordelais se sont mobilisés en nombre dès avril 2017 avec notamment une grosse participation des jeunes semestres dont des premiers semestres ayant rejoint l'aventure courant novembre 2017 suite à leur affectation à Bordeaux. Cette mobilisation s'est faite autour de Kevin Ouazzani actuellement en 3ème semestre d'internat et président de l'AISPB.

L'AISPB a été créée en 2011 à l'initiative des internes en santé publique d'Aquitaine dans le cadre de l'organisation du séminaire na-



tional du D.E.S qui se tenait cette année-là à Bordeaux.

Notre PU-PH et responsable du D.E.S, le Pr Geneviève Chêne, et le Pr François Alla, responsable du master « Intervention en promotion de la santé », ont soutenu et nous ont apporté leur aide, notamment en intervenant pendant le séminaire. Ils ont été les premiers à être contactés pour l'élaboration du programme pédagogique, avec également le concours du Pr Roger Salamon, ancien président du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

La validation par nos enseignants et référents locaux du programme pédagogique a été très rapide, et dans un esprit positif : les Pr Chêne, Alla et Salamon ont tous

trois été impliqués dans le processus et nous ont soutenu. Leur esprit positif et leurs encouragements ont été décisifs pour nous.

C'est un travail de longue haleine normalement étalé sur plus d'un an, même si compte tenu des circonstances il a été condensé en 10 mois pour cette édition, ayant nécessité une motivation inébranlable de la part de tous les organisateurs.

### **ELABORATION THÉMATIQUE**

Nous avons choisi le thème de la prévention car c'est aujourd'hui un levier important dans le système de santé pour l'amélioration de l'état de santé de la population. L'espérance de vie des Français à la naissance est de 82,3 ans en



moyenne, c'est l'une des meilleures dans le monde. Mais, la situation ne peut pour autant être considérée comme entièrement satisfaisante, notamment concernant la mortalité prématurée. La prévention et la promotion de la santé doivent être la préoccupation de tous, et bien au-delà des professionnels de santé, la préoccupation des politiques publiques, des collectivités locales, des entreprises, ainsi que d'autres acteurs de la société civile.

C'est un thème très transversal qui nous permet de proposer une grande diversité d'intervenants comme le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (Michel Laforcade), l'ancien président du HSCP (Pr Roger Salamon), le président de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) (Pr François Dabis) ou encore le Président du Collège des Economistes de la Santé (Pr Jérôme Wittwer). Au programme 5 demi-journées d'interventions et de tables rondes

se succéderont autour des thèmes suivants :

- De la prévention en dehors du système de santé : le défi des politiques publiques
- Quels obstacles à la prévention des risques ? Enjeux, acteurs et actions
- Réorientation du système de soin vers la prévention et la promotion de la santé : organisation et interaction des acteurs
- Efficacité, efficience et rentabilité : quel modèle d'évaluation pour la prévention ?
- Informer et éduquer en santé : Comment s'adapter aux changements sociétaux, quelle place pour les TIC Santé dans la prévention ?

Dès le départ, le thème de la prévention s'est imposé à nous comme LE sujet du moment, celui

à ne pas manquer. Par ailleurs, dans une volonté de cohérence avec les orientations nationales en santé, il paraissait évident politiquement parlant de prendre cet angle d'attaque pour 2018.

C'est un sujet à la fois assez abordable et en même temps chargé d'enjeux : abordable puisque pour des internes de santé publique, la prévention est un thème transversal et récurrent dans leur formation et qui, en plus, a été en partie abordé pendant le deuxième cycle des études médicales, chargé d'enjeux puisqu'on sent bien l'attention qu'elle attire ces dernières années, tout en restant l'un des piliers fondateurs et historiques de la santé publique.

Les intervenants ont été tout d'abord proposés via une collaboration initiale étroite entre internes, enseignants locaux de Bordeaux, CliSP, et Collèges Universitaires (CUESP et CIMES). L'idée était de montrer comme chaque année que la santé publique est un domaine basé sur la transdisciplinarité et l'ouverture, tout en gardant une validité scientifique et universitaire forte. Les intervenants ont donc été choisis pour leur capacité à offrir un regard ouvert sur la question de prévention dans leurs domaines d'expertise respectifs (économie de la santé, politique de santé, recherche, épidémiologie...).

## **OBJECTIFS DU SÉMINAIRE**

Le rôle du séminaire national est d'apporter des connaissances pratiques et globales sur la thématique proposée afin d'avoir une vision large des problématiques actuelles. Il peut parfois donner des pistes de carrière ou de projet professionnel aux internes dans un domaine particulier et ainsi leur permettre de creuser dans ce sens. Il permet aussi de développer son réseau et de rencontrer les principaux intervenants actifs dans le domaine afin d'échanger avec eux, notamment autour de tables rondes.

C'est également une manière de rencontrer ses collègues internes des autres villes et de discuter de ses projets, de ses stages, de ses envies futures notamment lors des événements du programme social organisé pendant le séminaire.

## **LE SUPPORT LOGISTIQUE ET FINANCIER**

Le séminaire a lieu au domaine du Haut Carré à Talence, partie intégrante de Bordeaux Métropole.

Côté communication, nous avons une équipe dédiée pour tenir la rubrique événement de notre site de l'AISPB et relayer l'évènement sur les réseaux sociaux (facebook, twitter). La page web a été essentielle pour notre visibilité auprès des partenaires. Les réseaux sociaux nous ont également permis

de lancer un concours axé sur la prévention et de publier des rétrospectives des anciennes campagnes existantes afin d'impliquer au maximum les internes durant leur séminaire.

## **LES SPÉCIFICITÉS DU SÉMINAIRE**

Cette année, nous voulions que le séminaire soit aussi interactif que possible.

Tout d'abord, nous avons mis en place un concours d'éloquence portant sur une thématique de prévention au choix en 180 secondes à la manière d'un concours populaire déjà existant appelé « ma thèse en 180 secondes ». Afin de donner un peu de challenge, à l'issue de leur intervention, les gagnants seront récompensés par l'AISPB.

Un des principaux enjeux a été de trouver assez de temps pour incorporer ce concours dans le temps imparti du séminaire.

Ensuite, pour favoriser l'interaction entre les internes et les intervenants, il a été décidé d'organiser une table ronde sur le financement de la prévention, et de cadrer les interventions orales sur un format unique, court et percutant, de 15 min de prise de parole et 10-15 minutes de questions.

**Fanny Velardo, ISP à Bordeaux**



### Place de la prévention et promotion de la santé dans la société d'aujourd'hui

#### POURRIEZ-VOUS VOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ?

Je suis enseignante en santé publique et plus particulièrement spécialisée en épidémiologie clinique et en biostatistique.

#### POURRIEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE VOTRE PARCOURS DE MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Je faisais partie de la deuxième promotion des ISP après la création de la spécialité en 1984. J'ai découvert l'épidémiologie et les

statistiques pendant que j'étais en médecine et cela m'a beaucoup plu tant pour la dimension scientifique que pour le raisonnement collectif, à l'échelle de la population.

J'ai fait mon internat à Bordeaux puis j'ai fait le master « Statistiques et santé » à Villejuif, un des rares masters en santé publique qui existaient à l'époque. J'ai ensuite été assistante et PH au Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) à Bordeaux puis j'ai eu l'opportunité de créer en 1999 la première unité de soutien méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique. Je dirige le pôle de santé publique depuis 2011, où les activités se déclinent selon 3 axes principaux : traitement des informations de santé, analyse et gestion des risques et plus récemment, construction d'une offre d'activités innovantes de prévention en région.

En recherche, j'ai dirigé une équipe INSERM de recherche sur l'infection par le VIH pendant 15 ans environ, en particulier sur les questions de la durabilité de l'effet des trithérapies dans les pays du nord.

Depuis 2011, j'ai progressivement changé de thématique pour travail-

ler sur les signes précoces de la maladie d'Alzheimer au sein d'une cohorte nationale : MEMENTO.

Du côté de la formation, j'enseigne l'épidémiologie et la recherche clinique et j'ai créé l'enseignement à distance de l'ISPED au début des années 2000. Nous avons été les pionniers dans le monde francophone et nos étudiants sont inscrits dans environ 80 pays. Je suis très attachée à l'enseignement en français et tourné vers le monde francophone même si nous collaborons quotidiennement avec des équipes de santé publique anglophones.

#### EN QUOI L'ISPED A-T-IL UN RÔLE CLÉ À JOUER EN TERMES DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ ?

C'est une vaste question. La ministre des solidarités et de la santé porte une politique très ambitieuse pour la prévention qui est une priorité de la stratégie nationale de santé. Cela crée un cadre très propice à la formation, la recherche et aux pratiques de santé publique dans chaque territoire.

L'ISPED peut jouer plusieurs rôles.

Premièrement : identifier et répondre aux besoins de formation.

Notre pays a besoin d'investir dans la formation en santé publique à la hauteur de la grande ambition pour la santé qui est affichée nationalement. Cela concerne les professionnels de santé et les cadres du système de santé, mais aussi tous les professionnels dont les activités ont un impact sur la santé. L'ISPED a la capacité de construire des parcours de master et d'autres formations diplômantes de type diplôme d'université ou des formations courtes de type école d'été, afin que les cursus soient adaptés aux professionnels. Nous construisons des formations en présence et à distance car nous avons la maîtrise de ces nouvelles pédagogies, et nous pouvons intervenir pour la formation de formateurs, en appui d'autres structures particulièrement dans les pays francophones.

Deuxièmement : améliorer la culture scientifique de santé en général. Il y a tout un travail de médiation scientifique sur les grands problèmes de santé mais aussi sur les outils de prévention à promouvoir, en particulier avec le dispositif d'appui territorial de l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé), pour s'adapter à un public qui n'est pas scientifique mais qui prend des décisions de santé pour soi-même.

Il peut y avoir bien d'autres idées autour de l'animation scientifique comme organiser des séminaires de réflexion autour de la santé avec nos partenaires que sont les mé-

dias locaux, les radios, les médias sociaux. Et il faut le faire avec les générations qui maîtrisent mieux ces supports, et pour cela les étudiants peuvent devenir des ambassadeurs. J'invite les internes de santé publique à fortement s'impliquer dans l'animation scientifique à nos côtés.

Il y a un rôle important d'expertise à jouer auprès des décideurs, de l'ARS notamment. Aujourd'hui, l'ARS Nouvelle-Aquitaine affiche une priorité très remarquable et bienvenue pour la promotion et prévention de la santé. Nous avons d'excellents acteurs sur le terrain. Mais que font les chercheurs pour se mettre en lien avec les décideurs et les acteurs de terrain pour faire connaître leurs résultats rapidement ? Que font les décideurs et les acteurs pour se rapprocher des scientifiques et des enseignants ? Ce rapprochement est crucial pour évaluer les interventions mises en place et aussi pour susciter des nouvelles questions de recherche. Par exemple : pourquoi ce sont les personnes les moins fortunées qui continuent à fumer alors que le prix du tabac augmente ? Pourquoi, alors que les vaccins sont très efficaces pour la prévention des maladies ciblées, le niveau de couverture vaccinale reste-t-il très inférieur à celui qui permettrait une immunité suffisante en cas d'épidémie ? Pourquoi n'est-on pas mieux préparés aux grandes crises sanitaires, comme récemment la rougeole ? Quelles innovations organisationnelles du système de soins pour que les très



*J'invite les internes de santé publique à fortement s'impliquer dans l'animation scientifique*

(...)

*Nous avons une longue tradition de collaboration avec les pays francophones, en particulier d'Afrique subsaharienne.*





*Les pratiques préventives représentent environ 8% des dépenses de santé en France [...]*

*Il serait très utile de rendre visible toutes les activités de prévention dans le soin.*

*(...)*

*[Le médecin de santé publique] a toute sa place [dans un système de santé plus tourné vers la prévention] et son apport est central. La prévention c'est son métier.*



nombreuses personnes vivant avec une maladie chronique puissent bénéficier d'une coordination de soins et de prévention au sein d'un véritable parcours de SANTÉ et non seulement de soins et ainsi prévenir la multi-morbidité ?

Nous jouons aussi notre rôle sur le plan international. Nous avons une longue tradition de collaboration avec les pays francophones, en particulier d'Afrique subsaharienne. Nous avons non seulement vocation à accueillir des étudiants, mais aussi vocation à former les générations qui prendront leur autonomie en santé publique et avec lesquelles on continuera à travailler demain pour les aider et les soutenir sur le diagnostic des besoins de santé de leur population et les interventions adaptées à évaluer. C'est un enjeu extrêmement fort pour ces populations : un des leviers très importants du développement économique, c'est la santé de la population.

**EN COMPARAISON AVEC CERTAINS AUTRES PAYS D'EUROPE COMME LE ROYAUME-UNI OU LES PAYS NORDIQUES, LA PART DU BUDGET SANTÉ ALLOUÉ À LA PRÉVENTION EN FRANCE RESTE FAIBLE. SELON VOUS, QU'EST-CE QUI POURRAIT EXPLIQUER CES DIFFÉRENCES ?**

Les pratiques préventives représentent environ 8 % des dépenses

de santé en France, c'est insuffisant mais ce n'est pas négligeable. Avant toute chose, il y a un aspect méthodologique à résoudre : il est très difficile dans un système qui finance prioritairement les soins d'identifier ce qui est rattaché aux activités de prévention lorsque certaines activités de prévention individuelle sont du soin. Par exemple, ne fait-on pas de la prévention quand on prescrit un traitement antihypertenseur ?

Il serait très utile de rendre visible toutes les activités de prévention dans le soin. Mais surtout de disposer d'un modèle durable de financement pour motiver les décideurs, les acteurs et les prescripteurs. Comment peut-on financer des campagnes de prévention anti-tabac par exemple ? C'est un vrai enjeu.

Les deux questions vont donc être de savoir comment identifier toutes les pratiques de prévention dans le soin et comment financer durablement des actions qui ne sont pas des actions de prévention individuelles ?

**COMMENT S'INTÈGRE LE RÔLE D'UN ACTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LA TRANSITION VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS Tourné VERS LA PRÉVENTION ?**

La prévention, c'est son métier. Il a donc toute sa place et son apport est central. Il ne peut que

se réjouir que la stratégie nationale de santé donne la priorité à la prévention. Les médecins de santé publique ont été incités à se diriger majoritairement vers l'information médicale, la recherche clinique.

Aujourd'hui, les spécialistes de santé publique doivent se préparer à cette transition et contribuer à l'accélérer. Cela nécessite aussi de revoir l'offre de formation de stage, la possibilité de mises en situation et de monter fortement en compétences dans le champ de la prévention.

**UN DES ÉLÉMENTS CLÉ DE CET EFFET LEVIER EST LA CULTURE DE LA POPULATION À LA PRÉVENTION. LA VACCINATION OBLIGATOIRE, PAR EXEMPLE, A FAIT ÉMERGER UNE CERTAINE MÉFIANCE DE LA PART DE LA POPULATION. SELON VOUS, QUELLE EST LA PLACE DES MÉDIAS DANS LA SENSIBILITÉ DE LA POPULATION À LA PRÉVENTION ?**

Elle est cruciale et est aujourd'hui encore totalement insuffisante. Il n'y a pas un seul jour dans chaque journal sans article qui traite d'un sujet de santé publique. Car les sujets de santé des populations soulèvent des enjeux liés à l'économie, la sécurité, la politique, l'éthique.

Les médias jouent un rôle d'alerte mais nous pourrions souhaiter qu'ils jouent aussi un rôle plus affirmé pour la culture scientifique de santé, qu'ils proposent plus souvent des débats de fond, socié-

taux, sur des grands sujets comme le fonctionnement et l'avenir de notre système de santé, ou encore sur les relations entre santé et environnement.

Par exemple, un nombre insuffisant de débats ont été lancés au sujet du glyphosate ou des perturbateurs endocriniens en général. De même pour la médecine prédictive, le *big data*, et à présent l'intelligence artificielle. Quel est le véritable impact pour la santé ? Demain, utiliserons-nous des algorithmes pour prédire la santé ? Est-ce que mes données m'appartiennent ou d'autres peuvent-ils en avoir l'usage sans que j'en sois informé ? C'est un débat à faire vivre par les médias.

Les médias sont bienvenus pour animer des débats contradictoires afin de lever des crédulités et améliorer l'esprit critique vis-à-vis de nombreux poncifs que l'on nous sert tous les jours comme une panacée.

**QUELLES POURRAIENT ÊTRE LES CLÉS POUR UNE MEILLEURE ADHÉRENCE À UNE CULTURE DE LA PRÉVENTION EN POPULATION ?**

Il y a une culture qui évolue. Il faut en fait se replacer dans la trajectoire historique. Si on regarde l'environnement tabagique dans les années 70-80 par rapport à l'environnement d'aujourd'hui, on peut voir que la norme sociale a complètement changé. Aujourd'hui, la norme c'est de ne plus fumer,



*Les médias jouent un rôle d'alerte mais nous pourrions souhaiter qu'ils jouent aussi un rôle plus affirmé pour la culture scientifique de santé [...]*





*[...] nous devons avoir une attention soutenue aux populations les plus vulnérables qui sont à la fois plus souvent exposées aux facteurs de risque évitables et moins sensibles aux campagnes de prévention.*



notamment dans aucun lieu public. Plus personne ne dirait de nos jours que le tabac est bon pour la santé. On peut donc dire qu'il y a adhésion dans certains domaines, même si l'efficacité en termes de prévalence du tabagisme est faible.

Mais l'adhésion s'opère sur plusieurs dizaines d'années car le changement des comportements pour la prévention est complexe et les normes sociales y jouent un rôle très important. On pourrait citer d'autres trajectoires favorables grâce à la recherche en prévention sur la nutrition, ou encore la consommation d'alcool par exemple même si c'est insuffisant pour avoir un impact sur la mortalité évitable.

Nous devons essayer de renforcer cette adhérence, en particulier en comprenant ses déterminants. Par exemple, tout ce qui touche à la nutrition dans notre pays peut s'appuyer sur une culture favorable qui valorise la qualité de la nourriture. Inversement, nous devons avoir une attention soutenue aux populations les plus vulnérables qui sont à la fois plus souvent exposées aux facteurs de risque évitables et moins sensibles aux campagnes de prévention.

**VOUS AVEZ COLLABORÉ,  
AVEC LAURENT CHAMBAUD,  
À LA CONTRIBUTION À LA  
CONSULTATION PUBLIQUE  
SUR LA STRATÉGIE NATIONALE  
DE SANTÉ. CELLE-CI**

## **SOULÈVE LES DIFFICULTÉS ET LES ÉCUEILS QUE VA DEVOIR ÉVITER LE GOUVERNEMENT AFIN D'EFFECTUER UNE TRANSITION MAÎTRISÉE DU SYSTÈME DE SOINS VERS LA PRÉVENTION. QU'ATTENDEZ-VOUS DE CES 4 PROCHAINES ANNÉES ?**

J'ai déjà des réponses à mes questions : il y a bien longtemps qu'autant de mesures favorables à la santé ont été décidées par un gouvernement dans un délai aussi court : 11 vaccins obligatoires, hausse du prix du tabac, réglementation et diminution de la vitesse autorisée sur les routes.

Ce que j'attends donc des 4 prochaines années c'est que l'on continue au même rythme et que l'on puisse aussi agir pour la formation à la hauteur de ces enjeux. La santé publique est un gisement d'emplois extrêmement fort. Si on allie les mesures gouvernementales et une politique de formation de santé publique solide avec mise en valeur des nouveaux métiers de la santé publique alors ce sera à la hauteur de mes attentes.

**Propos recueillis par Louis  
Billiet et Fanny Velardo, ISP à  
Bordeaux**



### L'évaluation en prévention et promotion de la santé

**Pr François Alla est actuellement PU-PH de santé publique à l'université et au CHU de Bordeaux depuis septembre 2017 et directeur-adjoint de l'ISPED.**

#### **POURRIEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE EN QUELQUES MOTS VOTRE PARCOURS DE MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE ?**

J'ai d'abord effectué mon internat puis mon clinicat à Nancy avant de devenir maître de conférence et enfin PU, tout cela entrecoupé des « accidents habituels » que sont le service militaire, les mobilités... Mon parcours est un peu spécifique car j'ai passé beaucoup de temps en dehors de l'hôpital avec notamment un peu plus d'un an au cabinet de la ministre de la santé

(Roselyne Bachelot) puis six ans en tant que conseiller au cabinet du directeur général de la CNAMTS.

J'ai eu dès le départ une certaine appétence pour les politiques de santé et de prévention.

#### **POURQUOI AVOIR CHOISI UNE CARRIÈRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ?**

Car cela permet de combiner 3 aspects que sont la recherche, l'enseignement et la pratique, qui sont complémentaires et s'enrichissent mutuellement, particulièrement en santé publique.

#### **COMMENT ENVISAGEZ-VOUS VOTRE CARRIÈRE À L'ISPED ? QUELS SONT VOS SOUHAITS POUR LES ANNÉES À VENIR ?**

Je souhaite développer un axe de recherche, d'enseignement et de pratiques autour de la prévention et de la promotion de la santé avec notamment un projet de créer un « centre de prévention » où la population peut trouver une offre globale, articulée avec l'offre de soins de santé primaires. J'essaye également de développer la recherche interventionnelle et de faire évoluer l'offre de formation sur Bordeaux qui lui est relative.

Par exemple, cet été, j'animerai le nouveau module de prévention dans le cadre de l'école d'été de l'ISPED à l'Université de Bordeaux. J'animerai également à Bordeaux en octobre un atelier INSERM de haut niveau destiné aux chercheurs sur la recherche interventionnelle. L'idée c'est de faire une offre de formation pour les acteurs du système de santé, pour les étudiants bien sûr et pour les chercheurs autour de la prévention.

#### **POURRIEZ-VOUS RAPPELER À NOS LECTEURS CE QU'EST UNE ÉVALUATION EN SANTÉ PUBLIQUE ?**

Il y a d'abord l'évaluation de routine qui est du *reporting*. La question qui se pose est « est-ce que j'ai fait ce que j'ai prévu de faire et est-ce que je l'ai fait de la façon la plus adéquate en fonction des bonnes pratiques professionnelles ? ». C'est soit de l'auto-évaluation soit de l'évaluation demandée par les financeurs.

Ensuite il y a l'évaluation de recherche ou d'innovation. La question qui se pose est « est-ce que cette organisation est efficace ? », c'est-à-dire, est-ce qu'elle amène des résultats en santé, vis-à-vis du bien être ou encore du point de vue



*La prévention doit être contextualisée, car elle interagit avec des facteurs culturels, sociaux et organisationnels.*

(...)

*En recherche interventionnelle, tout est à construire. C'est ce qu'on appelle la meta-research, la recherche sur la recherche.*



médico-économique ? L'efficacité est un point extrêmement important mais l'analyse des processus et mécanismes le sont tout autant, pour comprendre au-delà du « c'est efficace », pourquoi, comment en quelles circonstances, chez qui, à quelles conditions c'est efficace. C'est un enjeu majeur pour généraliser ou transférer des résultats. La recherche pour le médicament est assez facilement extrapolable d'un individu à l'autre contrairement à la recherche en prévention, car quand on s'intéresse aux organisations, aux comportements, les contextes culturels, économiques, organisationnels ont une place importante et participent au résultat. Ceci nécessite de développer des modèles d'évaluation nouveaux, qui sont encore trop ancrés dans la culture de recherche clinique.

A l'international cela se développe bien notamment en Grande Bretagne avec le *Medical Research Council (MRC)* qui a développé récemment un *guidelines* sur l'évaluation de processus. Ce questionnement est assez récent et le modèle d'évaluation en santé est encore très biomédical. Pourtant, dans d'autres disciplines telles que les sciences de l'éducation ou l'économie il existe des méthodes éprouvées que l'on pourrait introduire en évaluation en santé.

## **SELON VOUS, QUELLE EST LA PLACE QUE PREND LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE DANS LE VIRAGE ANNONCÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?**

C'est nécessaire car si l'on veut que les acteurs mettent en place des démarches préventives (quels que soient l'acteur, l'outil ou la démarche), il faut s'appuyer sur des données probantes issues de la recherche. Qu'est-ce qui est efficace pour empêcher un jeune de fumer, ou pour la réduction des consommations excessives d'alcool, ou dans la prévention des infections sexuellement transmissibles ? Nous avons besoin de politiques efficaces mais pour cela on a besoin que cela repose sur de la recherche et on en manque en France. Contrairement au médicament où c'est assez universel, la prévention n'est pas universelle et il peut y avoir des cadres et des éléments qui diffèrent en fonction de la population étudiée. La prévention doit être contextualisée, car elle interagit avec des facteurs culturels, sociaux et organisationnels. Il y a moins de 10 projets par an en recherche interventionnelle et en prévention en France tous domaines confondus, c'est très peu. On ne répond donc pas aux besoins.

Pour toutes les questions que l'on se pose on a besoin d'avoir derrière des leviers efficaces et pas

basés uniquement sur le bon sens. Souvent dans les représentations, le soin c'est sérieux, la prévention c'est juste du bon sens et donc on n'a pas besoin d'avoir des évaluations si solides. Ce qui est faux bien sûr. Un exemple typique en prévention c'est le couchage du nourrisson. Depuis que l'homme existe, les parents ont toujours couché leur bébé sur le dos. Au milieu des années 70 on leur a dit sur des arguments de « bon sens » « Couchez-les sur le ventre ». Résultat : en France on est passé d'environ 500 morts subites du nourrisson (MSN) par an à 1500 par an. Vingt ans après nous sommes repassés au couchage sur le dos et le nombre de MSN a diminué à 500 par an. Rien qu'en France cela a été 20 000 MSN liées à une mesure de prévention qui était basée sur un soit disant bon sens malgré des preuves scientifiques existantes qui n'ont pas été prises en compte. C'est un scandale sanitaire incroyable. Personne n'en parle en dehors des milieux spécialisés mais c'est l'exemple typique d'une mesure délétère car non basée sur la preuve.

### **QUELS SONT LES FACTEURS LIMITANTS ACTUELS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DE LA PRÉVENTION ?**

Ce sont d'une part très peu de moyens financiers alloués. Globalement, la recherche publique en santé en France c'est à peu près 3 milliards d'euros. Si on regarde les budgets fléchés prévention généraliste c'est à peu près 3

millions... On est dans un rapport de 1/1000. Rien que cela explique que c'est difficile.

Ensuite, il y a des freins juridiques, très clairement. L'obtention du consentement individuel quand on est dans une population soulève des problèmes ! Jusque-là, le cadre juridique ne s'y appliquait pas et c'était un *no man's land* juridique. Mais, récemment la loi dite Jardé a créé une catégorie de recherche : la recherche interventionnelle à risques minimales, correspondant parfaitement à notre domaine de recherche. Cela permet d'avoir un cadre et l'avis d'un comité d'éthique, ce qui est important pour la protection des personnes, comme celle des chercheurs et nous met dans des normes internationales, ce qui est important notamment pour publier. Troisièmement il y a beaucoup de freins via le lobbying du tabac, de l'alcool, du carburant, de l'alimentation, des pesticides qui font tout pour bloquer ce type de recherche. Il y a quelques jours, le *British Medical Journal* a publié un article sur les aliments ultra-transformés, cela n'a pas plu à l'industrie. Dès que l'on s'attaque aux déterminants de la santé, on affronte beaucoup de *lobbies* puissants.

Cela avance toutefois. Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, il y a un programme de recherche en santé publique qui a été écrit avec du financement important pour la recherche en prévention. Il est pour l'instant à l'état de projet mais logiquement,



*Dès que l'on s'attaque aux déterminants de la santé, on affronte beaucoup de lobbies puissants.*



il sera mis en place, j'espère, à la fin de l'année prochaine. Enfin, autre élément bloquant, ce sont des recherches difficiles à mettre en œuvre. Un projet de recherche interventionnelle c'est 5 à 8 ans d'élaboration. Comme nous sommes en prévention, ce sont des projets de moyen terme, les événements sont plus tardifs et nous sommes sur des populations. C'est complexe. Il suffit qu'il y ait un changement de loi ou de directeur d'ARS par exemple et le projet peut être mis en péril.

### **QUELLE EST LA PLACE DE L'INNOVATION ET DE LA RECHERCHE DANS L'ÉVALUATION EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ ?**

Il faut que cela s'organise. Depuis 3 ans, j'anime une action coordonnée pour la recherche interventionnelle en France. Elle implique à la fois les communautés de recherche via Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) : l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) et l'Institut National du Cancer (INCA). Le but est d'animer les communautés, de soutenir les réseaux de doctorants... Cela fait 3-4 ans que cela commence à bouger. Il commence à y avoir des projets, des publications, des doctorants qui se lancent dans le domaine. Les ARS commencent à se mobiliser y compris avec des moyens financiers. On n'a pas encore d'équivalent au Programme

Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) portant sur la prévention avec un gros financement pluriannuel mais les choses avancent...

Il y a aussi des freins plus structurels. Je suis PU-PH, PH qui veut dire praticien hospitalier. Quand on fait de la prévention ce n'est pas toujours adapté car la prévention ça ne se passe pas uniquement à l'hôpital. Cela se passe surtout sur les territoires. Ce qui a fait le succès de la recherche clinique en France, c'est que ce sont les mêmes personnes pour les trois missions d'enseignement, de recherche et de soins. Il faudrait aussi construire cela pour la prévention, c'est-à-dire pouvoir avoir des praticiens de prévention qui soient aussi universitaires et enseignants.

### **POUVEZ-VOUS NOUS PARLER DE VOS TRAVAUX EN RECHERCHE INTERVENTIONNELLE ?**

Ce que je cherche à développer c'est la recherche méthodologique.

Sur le médicament, c'est très cadré. On a le modèle d'essai contrôlé randomisé en double aveugle, des référentiels internationaux et des guides de bonnes pratiques cliniques.

En recherche interventionnelle, tout est à construire. C'est ce qu'on appelle la *meta-research*, la recherche sur la recherche. C'est une recherche pluridisciplinaire puisque les méthodes utilisées viennent notamment des sciences sociales,

de l'éducation, des sciences économiques, de la biostatistique, de la médecine, de l'épidémiologie. Comment faire parler des disciplines ensemble qui n'ont pas les mêmes langages et qui n'ont pas les mêmes paradigmes scientifiques ? Le but est de construire des devis d'évaluation qui soient adaptés à l'objet. La recherche méthodologique n'est pas ou peu financée, peu de gens s'y intéressent. En effet, cela représente seulement entre 0 et 5 articles par an de recherche méthodologique en France.

### **QUELS OUTILS POURRAIENT PERMETTRE D'ANALYSER DE FAÇON PLUS GLOBALE L'IMPACT ÉCONOMIQUE DE CES INTERVENTIONS ?**

L'enjeu actuellement ce sont les *big data* qui vont être très utiles pour la recherche en prévention, notamment pour les événements rares. En utilisant les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), ou les applications spécifiques de santé, nous pouvons faire de la recherche interventionnelle à partir de données existantes. Par exemple, concernant les recommandations de la prophylaxie de l'endocardite infectieuse chez le dentiste, les recommandations sont basées sur des

avis d'experts car il n'y a jamais eu d'essai thérapeutique. En effet, il faudrait inclure 400 000 personnes dans un essai en sachant que le recueil de données pour 1 personne représente à peu près un coût de 1000 euros. C'est impossible, surtout pour un traitement peu coûteux qui n'intéresse pas les laboratoires, donc uniquement réalisable via un financement public... L'idée est de travailler sur des données existantes via le SNIIRAM, cela sera beaucoup moins cher, c'est ce qu'on appelle les *registries based randomized trials*.

En évaluation de politiques publiques, on peut faire des comparaisons entre différents pays mais aussi à l'échelle d'un même pays. Par exemple, les conseils départementaux ont tous des politiques de la petite enfance différentes. On pourrait les comparer à partir des données existantes. Le Système Nationale des Données de Santé (SNDS) sera un bel outil pour l'évaluation des politiques de santé. Les données issues de comportements pourraient être elles aussi très utiles : tickets de supermarché, applications smartphone...

**Propos recueillis par Louis Billiet et Fanny Velardo, ISP à Bordeaux**



*L'enjeu actuellement ce sont les big data qui vont être très utiles pour la recherche en prévention, notamment pour les événements rares.*





## Le big data en prévention et promotion de la santé

### POURRIEZ-VOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ET NOUS DÉCRIRE SUCCINCTEMENT VOTRE PARCOURS ?

Je suis PU-PH dans la sous-section 46.04 du CNU, informatique médicale et biostatistique, de la sous-section de santé publique. J'ai fait un internat de santé publique, au cours duquel j'ai fait un master de biostatistiques, et j'ai commencé ma thèse d'université pendant mon internat. Ensuite, à la fin de mon internat, j'ai passé le concours de chargé de recherche à l'INSERM, puis le concours de directeur de recherche à l'INSERM. Finalement, je suis passé praticien hospitalier et professeur des universités en 2013. Actuellement

je suis responsable de l'Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche Clinique au CHU de Bordeaux qui appartient au Service d'Information Médicale du pôle de santé publique. Je suis directeur d'une équipe de recherche INSERM/INRIA qui s'appelle SISTM, pour *Statistics In System biology and Translational Medicine*, directeur adjoint du centre INSERM U1219 Bordeaux *Population Health* et responsable de l'école universitaire de recherche *Digital Public Health*.

### PAR RAPPORT AU CHOIX DE VOUS ENGAGER DANS UNE CARRIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE, EST-CE QUE LA THÉMATIQUE DE LA PRÉVENTION A ÉTÉ QUELQUE CHOSE DE DÉTERMINANT OU ÉTAIT-CE LIÉ À D'AUTRES FACTEURS ?

Je ne suis pas rentré en santé publique complètement par hasard. J'ai commencé sans savoir ce qu'était la santé publique. Je voulais faire *french doctor*, partir sauver les gens en Afrique. Du coup, dès le début de mon externat je suis parti en Afrique tous les ans. On a monté une association en collaboration avec des étudiants

en médecine au Burkina. Au début, je commençais à faire des soins dans un dispensaire de brousse. Quand je revenais en France, on me disait que c'était super mais que je n'avais pas évalué mon impact sur la santé des populations. Je n'avais pas bien compris cet aspect de la prévention au début. Je me suis donc mis à lire des bouquins et à discuter avec des professionnels en santé publique. A partir de là, on a commencé à avoir une vraie démarche de santé communautaire. Il s'agissait de réunir les différentes personnes ressources dans les villages dans lesquels on travaillait et on leur demandait quels étaient leurs problèmes de santé. Par exemple, on avait soulevé des problèmes dus à la carence en iode, notamment par rapport aux goitre rapportés. Finalement, il s'est avéré que c'était un problème d'ampleur nationale. Nous avons donc monté un projet sur l'évaluation des troubles dus à la carence en iode avec mes collègues et on a été lauréat de Partenaires sans frontières. Les résultats de cette étude ont donné lieu à mon premier article scientifique que j'ai soumis quand j'étais externe.

## **UN EXEMPLE CONCRET : COMMENT PASSE-T-ON D'UNE VOLONTÉ DE PRÉVENTION ACCRUE, À LA MISE EN PLACE D'UN PROJET TEL QUE LE PROJET EBOVAC2 ?**

Ce qui est intéressant derrière ça, c'est de comprendre qu'est-ce que veut dire faire de la prévention et faire de la santé publique. Quand on parle de prévention on pense d'abord à modifier le comportement d'un individu avec un message bien fait, une population bien ciblée... Tout ceci est volontairement caricatural. Finalement, s'attaquer à des problématiques de prévention c'est quelque chose de très très large et il y a énormément de méthodologies différentes pour y parvenir. Lorsque l'on parle d'EBOVAC, on se place dans un contexte très typé, avec la demande de développer un vaccin pour prévenir une maladie infectieuse.

### **JUSTEMENT, QUELLES ONT ÉTÉ LES SPÉCIFICITÉS DE CE PROJET ?**

Il y a eu 2 spécificités majeures dans le cadre de ce projet.

La première spécificité était politique. Elle a été de constater que lorsque les politiques s'alarment sur le fait qu'il y a nécessité de faire quelque chose, cela peut aller très très vite. Dans le cadre de ce projet, le contexte était que l'OMS a mis du temps à dire qu'il y avait une épidémie d'Ebola sérieuse en cours. Mais elle a ensuite organisé très rapidement des réunions pour

voir comment il était possible de faire face à cette épidémie et notamment concernant les vaccins. Il s'agissait de savoir ce qu'il y avait comme produit potentiel en cours de développement et comment on pouvait faire pour accélérer ce développement. Il y a eu à ce moment-là une mobilisation générale, avec en France Jean-François Delfraissy, actuel président du Conseil national d'éthique, à l'époque directeur de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales) et directeur de l'ITMO (Institut Thématique Multi-Organisme) des maladies infectieuses.

La deuxième spécificité était plutôt liée au contexte général de développement vaccinal, voire même du développement en recherche clinique. Actuellement, pour essayer de comprendre comment marche un vaccin, on ne regarde pas juste le taux d'anticorps à 6 mois ou 1 an, mais on regarde le transcriptome ainsi que de nombreux marqueurs immunologiques. Ce sont des données de bien plus grande dimension que ce qu'elles n'étaient précédemment.

### **POUR VOUS, QUELS SONT LES APPORTS ET LES LIMITES ACTUELS ET À VENIR DU *BIG DATA* DANS UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION ?**

Premièrement, le *big data* dit tel quel peut vouloir tout et ne rien dire. On parle de données de grande dimension parce que l'on dispose d'une profondeur de



*On parle de données de grande dimension parce que l'on dispose d'une profondeur de phénotypage très importante mais pour un nombre d'individus bien moins grand.*





*Bien entendu, il y a encore de nombreuses choses à faire et à développer pour exploiter au mieux ces données massives.*



phénotypage très importante mais pour un nombre d'individus bien moins grand. En effet, au sein même d'un individu on est capable d'aller voir à différents niveaux : cellule, tissu, expression des gènes... Une des autres spécificités des données en *big data* est d'avoir des données d'une grande variété à l'échelle d'une population (base de données de remboursement de médicaments, données issues de smartphone...). On peut alors se demander si l'on peut analyser ces données avec des méthodes classiques. En réalité, la façon dont on va répondre à une question avec ces données massives peut être tout à fait classique. Ce qui est important est d'avoir bien défini la question et pensé avant à la méthode d'analyse. Bien entendu, il y a encore de nombreuses choses à faire et à développer pour exploiter au mieux ces données massives.

Donc je ne vais pas m'inscrire dans un propos soutenant l'idée que le *big data* va tout révolutionner, ni qu'il est inutile et n'apportera rien. La vérité est que l'on a déjà des exemples qui pleuvent, par exemple le SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) et l'EGB (Echantillon généralisé des bénéficiaires), avec ici dans le centre Inserm une équipe de pharmaco-épidémiologie dirigée par Antoine Pariente, et des sujets de recherches quotidiens sur ces thématiques. Un autre exemple est celui du travail d'Emmanuel Lagarde en collaboration avec des chercheurs de mon équipe. Ils ont

utilisé à la fois les comptes-rendus des accidents et les données de remboursement des médicaments dans l'objectif de voir si certains médicaments étaient associés à des accidents de la voie publique, comme par exemple les benzodiazépines. Un autre exemple dans le domaine infectieux est celui d'une équipe de recherche au Kenya qui a travaillé sur des données disponibles à partir des *smartphones*, cherchant un lien entre l'incidence des accès palustres, la circulation des individus et la densité des moustiques. Cette équipe a alors montré que ce n'est pas simplement le déplacement des moustiques qui peut expliquer la survenue de la malaria, mais aussi le déplacement des populations.

### **CE QU'IL FAUT DONC RETENIR, AU-DELÀ DES FANTASMES ET DES POLÉMIQUES, C'EST QUE CES DONNÉES MASSIVES SONT UTILISÉES ET QU'IL FAUT POURSUIVRE L'EFFORT EN LEUR DONNANT UNE CERTAINE PLACE DANS LA DÉMARCHE DE SANTÉ PUBLIQUE ?**

Actuellement, il est souvent dit " Mais attendez, vous n'avez fait que ça avec vos *big data* ? ". A titre personnel, je perçois ce message comme positif. C'est vrai que pour l'instant nous en sommes à un milliardième de l'exploitation des informations auxquelles on accède. Il y a un potentiel incroyable mais, pour l'instant, nous sommes plutôt dans le cadre d'un cimetière de

données que véritablement d'une utilisation efficiente de l'ensemble des données dont on dispose. Mon discours se résume à dire " jusqu'à présent nous avons déjà quelques succès dans ce contexte de sous-exploitation des informations que l'on a. Mais, le jour où cette exploitation sera optimale, ce sera énorme ". En attendant, nous avons tous des efforts à faire à tous les niveaux. Les premiers concernés sont les investigateurs et les acteurs de santé publique, les gens qui posent des questions. Il faut avant tout bien poser les questions et qu'elles soient pertinentes. La porte d'entrée ne doit pas être un raisonnement du type « J'ai cette base de données, qu'est-ce que je peux en faire ? » mais plutôt du type : "Mesdames et messieurs les professionnels de la prévention et de la santé publique, quelles sont vos questions auxquelles nous pourrions répondre avec des données qui sont potentiellement disponibles ?".

Un autre versant à prendre en compte est l'accès aux données avec toutes les considérations impliquées : éthique, droit... Il ne s'agit pas de dire qu'il faut faire de l'*open data*. Il faut organiser les choses, à l'instar de ce qui est en train d'être fait en France avec le SNDS (Système National des Données de Santé).

Ensuite, l'enjeu est d'organiser ces données de façon à ce qu'elles soient véritablement exploitables. C'est ce qui fait actuellement le succès de différents métiers

comme les *data scientists*. Et les personnes qui organisent et exploitent les données ne sont pas que les bio-informaticiens, il y a aussi des informaticiens médicaux, les *datamanager*, les biostatisticiens, les épidémiologistes... Et bien sûr, pour gérer ces données de grande dimension, il faut développer de nouvelles méthodes statistiques. Et ce n'est toujours pas fini. Après toutes ces étapes, il est important de bien communiquer ses résultats et arrêtez de dire qu'en prenant des *big data* et du *deep learning*, on va pouvoir répondre à tout.

### **UN CURSUS ORIENTÉ SPÉCIFIQUEMENT *BIG DATA* VA ÊTRE MIS EN PLACE AU SEIN DE L'ISPED À PARTIR DE LA RENTRÉE 2018. QUELS SERONT LES APPORTS SPÉCIFIQUES SOUHAITÉS DE CETTE FORMATION PAR RAPPORT AUX CURSUS DÉJÀ DISPONIBLES (ÉPIDÉMIOLOGIE, INFORMATIQUE EN SANTÉ ET STATISTIQUES) ?**

Tout d'abord, il faut comprendre que la « *Graduate school of digital public health* » n'est pas seulement un master mais c'est un programme master-PhD, dans lequel nous allons proposer de nouvelles formations y compris un diplôme universitaire. Il est financé sur 10 ans dans le cadre des programmes investissements d'avenir. Concernant le Master « *Public Health Data Science* », le constat était que très souvent les formations de « *data scientist* »



*Il faut avant tout bien poser les questions et qu'elles soient pertinentes.*

*[...] il est important de bien communiquer ses résultats résultats et arrêtez de dire qu'en prenant des big data et du deep learning, on va pouvoir répondre à tout.*



déjà existantes étaient un mélange d'informatique et de statistiques sans épidémiologie. Et ça, pour des médecins de santé publique, c'est incompréhensible. En effet, les gens oublient que pour attaquer un problème il faut avoir une question précise, et c'est cette question précise qui amène à réfléchir au design et aux contextes et limites d'exploitation des données. On s'est dit qu'il y avait un vrai manque et on avait la chance d'avoir les trois disciplines représentées ici à Bordeaux avec les enseignants chercheurs de l'ISPED. L'autre idée c'est que les gens ont l'impression que tout tourne autour de la révolution d'algorithmes et ils oublient de bien regarder au-delà de la question, ce que sont les données. Nous avons la chance, en santé publique d'avoir véritablement cette culture-là, de comprendre la manière dont ont été générées ces données, leur qualité...

Pour le master, on imagine cibler des gens qui ont déjà fait un master 2, que ce soit d'informatique médicale, de statistiques ou d'épidémiologie. Il est également prévue une UE de mise à niveau des disciplines concernées dès le début, si possible sous la forme

de classes inversées. C'est-à-dire que l'on va demander à chaque étudiant de nous présenter ce qu'il a retenu des notions fondamentales de son domaine. Donc pour un étudiant ayant déjà un master en poche, plutôt que de réentendre des choses qu'il connaît déjà très bien, ce sera à lui de les expliquer. Chaque étudiant avec un background spécifique se verra devenir enseignant à son tour pour sa spécialité. Parce qu'on souhaite que des étudiants du monde entier y compris non francophones puissent suivre cette formation, elle sera dispensée en anglais.

Par ailleurs, des modules de PhD, c'est-à-dire des formations courtes de quelques jours le plus souvent, seront proposées. On va proposer par exemple un module de modélisation du vivant, des modules de communication et évaluation sur la problématique des objets connectés...

Voilà ce qu'il faut savoir concernant ce cursus, qui ouvrira ses portes à la rentrée 2018 !

**Propos recueillis par Fanny Velardo et Louis Billiet, ISP à Bordeaux**

## INTERVIEW : DR FLEUR DELVA

### La prévention à l'hôpital public : Exemple du centre Artemis au CHU de Bordeaux

#### JC : POURRIEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE VOTRE PARCOURS ?

Je suis médecin de santé publique au CHU de Bordeaux et je coordonne la plateforme Artemis. J'étais interne de santé publique à Bordeaux. J'ai fait une thèse de science sur le pronostic de la démence. Puis, j'ai été praticien hospitalier contractuel pour écrire des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le dépistage du cancer du poumon en milieu professionnel. C'est là que j'ai commencé à travailler avec Pr Patrick Brochard. Nous avons ensuite mis en place le centre Artemis.

#### JC : QUELS SONT LES OBJECTIFS PRINCIPAUX DU CENTRE ARTEMIS ?

C'est une plateforme pour développer la prévention sur des facteurs de l'environnement chez des patients qui ont des troubles de la reproduction. L'activité clinique correspond à la prise en charge des patients avec la préconisation d'actions de prévention ciblées.



L'équipe du centre Artemis

Nous avons aussi une activité d'enseignement et de recherche sur la thématique environnement et reproduction.

#### JC : AVEC QUELS CORPS DE MÉTIER TRAVAILLEZ-VOUS ?

L'équipe est pluridisciplinaire avec des infirmières, une ingénieure en santé environnement, un épidémiologiste, des médecins du travail, des médecins de santé publique et on travaille en étroite collaboration avec des cliniciens, gynécologues-obstétriciens et pédiatres.

#### JC : QUELS SONT LES CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE ARTEMIS ?

Pour les troubles de la fertilité, les critères de prise en charge sont les patients qui sont suivis en assistance médicale à la procréation. Pour les pathologies de grossesse ce sont les patients présentant plus de 3 fausses couches spontanées, des retards de croissance intra-utérins sévères, des prématurés sévères et des malformations congénitales. Ces critères ont été élaborés en concertation avec les cliniciens soit en rapport avec des données de la littérature qui montrent un effet possible de l'en-



*C'est une plateforme pour développer la prévention sur des facteurs de l'environnement chez des patients qui ont des troubles de la reproduction.*

(...)

*[Le questionnaire] comporte différents volets concernant : les expositions professionnelles, les expositions extra-professionnelles et un volet sur le conjoint.*

(...)

*On propose des actions de prévention ciblées.*



vironnement sur ces pathologies soit parce que les cliniciens n'ont aucune étiologie retrouvée dans ces pathologies et se posent des questions sur des possibles liens avec l'environnement.

### **JC : QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE ?**

Les patients sont adressés par les cliniciens. A leur arrivée au centre, un entretien protocolisé d'environ 1h-1h30 est réalisé par une infirmière à l'aide d'un questionnaire dans lequel sont recherchées toutes les activités professionnelles et extra-professionnelles des patients. Ensuite, il y a une consultation avec un médecin pour expliquer les objectifs de la prise en charge. L'entretien réalisé par l'infirmière est ensuite analysé par l'ingénieur en santé environnement pour identifier les potentielles expositions à des facteurs de risque à partir des activités déclarées par le patient. Le compte-rendu de l'analyse est staffé par l'ensemble de l'équipe avant d'être envoyé au patient. Parfois, des investigations complémentaires sont nécessaires pour aller plus loin dans la recherche de facteurs de risque.

### **JC : POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS SUR LE CONTENU DU QUESTIONNAIRE ?**

Il comporte différents volets concernant : les expositions professionnelles avec une description des tâches réalisées par le patient, les expositions extra-profession-

nelles (habitudes de vie, domicile, activités domestiques, loisir...) et un volet sur le conjoint. Ce questionnaire a été élaboré à partir d'une revue scientifique de la littérature. L'ingénieur a recherché tous les facteurs de risque sur la reproduction avérés, présumés ou suspectés. Ensuite, elle a identifié les activités potentiellement exposantes pour chacun de ces facteurs de risque.

### **JC : VOUS RECHERCHEZ SYSTÉMATIQUEMENT DES INFORMATIONS SUR LE CONJOINT ?**

On essaye d'avoir systématiquement des données sur le conjoint car dans la thématique de la reproduction, le couple est important. Si le conjoint peut venir à l'entretien c'est fortement conseillé, sinon, on demande au patient de nous décrire les activités du conjoint.

### **JC : QUAND VOUS RETROUVEZ UNE EXPOSITION, QUELLES ACTIONS DE PRÉVENTION PEUVENT-ÊTRE MISES EN PLACE ?**

On propose des actions de prévention ciblées. Par exemple, dans le cas d'expositions professionnelles, on va prendre contact avec le service de santé du travail de la personne pour qu'ils puissent mettre en place des actions de prévention dans le milieu du travail. En milieu extra-professionnel, si ce sont des expositions actives, on va donner des conseils ciblant un changement de comportement adapté.

## **JC : COMMENT S'ARTICULE VOS MISSIONS AVEC CELLES DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS), L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL (ANSES), LA CELLULE D'INTERVENTION EN RÉGION (CIRE) ?**

Le centre a été mis en place à l'initiative de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et ils font partie de notre comité de pilotage avec l'ANSES et la CIRE Nouvelle-Aquitaine. On n'interfère peu avec eux sur notre activité au quotidien mais ils sont partie prenante dans les décisions et dans le financement. Avec la CIRE, on travaille sur la surveillance et comment identifier des clusters ou des agrégats à partir des patients que l'on voit dans notre pratique clinique. C'est un projet qui est en cours de développement.

## **JC : QUELS SONT LES PRINCIPAUX FREINS À LA MISE EN PLACE DU PROJET ?**

Le principal frein est le recrutement des patients. A ce jour, la

prévention en santé environnement n'est pas encore entrée dans la prise en charge clinique des patients. Du coup, en pratique clinique, dans un temps de consultation restreint, les cliniciens ont des difficultés à nous adresser des patients. Même s'ils sont très intéressés par la démarche, cela reste difficile dans leur pratique clinique.

## **JC : CE PROJET A-T-IL VOCA- TION À S'ÉTENDRE À D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS AU NIVEAU RÉGIONAL VOIRE AU NIVEAU NATIONAL ?**

En fait, il est déjà en train de s'étendre au niveau national depuis début 2018 à Créteil, à l'hôpital Fernand-Widal, au CHU de Rennes et à l'AP-HM (Assistance publiques – Hôpitaux de Marseille) avec des financements de leurs ARS respectives et sur le même modèle que ce que l'on a développé à Bordeaux.

**Propos recueillis par Julien Coelho, ISP à Bordeaux**

### **Pour aller plus loin**

[Grossesse et travail \(EDP Sciences – Avis d'expert\)](#)

[Pesticides : Effet sur la santé \(Expertise collective – INSERM\)](#)

# ILLUSTRATION DE LA BD AU SERVICE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

## 1. CONTEXTE, ENJEUX DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE PARTICIPATIVE

A l'excès, nos démocraties représentatives libérales, nous invitent à un mode d'organisation individuel plutôt que collectif. *L'Homme réseuable*, écrit par le neurologue Pr Naccache inspire ici une comparaison avec la maladie de Charcot, maladie dégénérative progressive des motoneurons, où les actions synergiques, non stimulées, et non synchronisées, conduisent progressivement à l'atrophie, la fasciculation désorganisée de nos unités motrices...

A une époque où les experts en marketing ont permis de comprendre en détail les mécanismes de décision humains, où l'on peut vous vendre n'importe quel produit laitier en vous promettant une expérience gustative quasi orgasmique, il devrait être simple de produire des campagnes de promotion de la santé qui touchent efficacement le public.

Et bien non... Ou en tout cas rarement...

En Guyane et au Surinam, où une partie de la population vit en territoire isolé avec peu d'accès au soin, la promotion de la santé joue un rôle critique. En effet, la moindre maladie peut engendrer



de très coûteux trajets, des prises en charge tardives et un éloignement familial.

Le projet décrit plus loin a émergé lors d'une consultation pour investir des financements européens sur la santé en territoire isolé. Institutions (ARS, OMS, représentants du Ministère de la santé Surinamais) et représentants des communautés locales étaient réunis, lorsqu'un « chef » amérindien, pointant un poster réalisé par l'OMS Amérique sur la vaccination s'est exprimé « votre dessin là... on n'y comprend rien ! Nous, on veut parler de sujets qui nous intéressent, nous touchent et avec nos mots ! ». Une demande pour le moins légitime !

Trop souvent touchée par une volonté d'efficacité, la santé communautaire est pensée avec une approche « *Bottom-to-top* ». On fait appel à des experts, que ce soit des experts santé ou communication, qui produisent des supports loin du terrain, mais s'assureront d'une diffusion maximale... A cela s'ajoute une « crainte » de ne pas

savoir par où commencer s'il fallait « s'adapter au terrain ». Pourtant, sans cet échange direct, la compréhension des codes et valeurs locales, il paraît peu probable de développer des programmes de promotion de santé efficace.

Nous allons donc présenter une approche artistique au service de la médiation/dialogue communautaire, inspirée et développée dans son contexte culturel. Puis, nous trouverons notre intérêt dans cet échange de savoir, s'appliquant localement, sans dépendance technique (« *low tech* »), en prenant l'exemple d'une communauté amérindienne, concernée par une problématique de santé globale.

## 2. DIALOGUE COMMUNAUTAIRE EN TERRAIN INCONNU

Suite à un projet de recherche en promotion de santé mené en 2015 dans trois communautés d'Amazonie isolées géographiquement, socialement et culturellement, les acteurs de l'association The Inklinc ont pu définir une méthodologie d'utilisation du dessin comme outil

de médiation santé. En plus des équipes soignantes « classiques », un dessinateur et un scénariste sont invités pour assister les experts santé dans la définition des besoins de la communauté en termes de prévention. Ces artistes interviennent dès l'arrivée sur le terrain et commencent à dessiner la communauté : habitants, maisons... Ils permettent de capter l'attention du groupe au milieu duquel nous sommes des étrangers.

L'illustration est majoritairement utilisée comme outil d'adaptation aux obstacles de la langue autant perceptif que cognitif. Elle est aussi un excellent moyen d'initier le dialogue communautaire et la médiation. Ceci est permis grâce à 5 points principaux :

- Je peux vous comprendre
- Nous nous plaçons en égal et recevons vos critiques
- Nous avons du temps pour vous
- Nous voulons laisser quelque chose
- Nous allons nous amuser

L'objectif ici est, avant tout, d'établir une relation privilégiée, qui permettra par la suite le dialogue. Grâce au dessin, « le groupe » va commencer à se redéfinir avec vous, étranger, il y a encore quelques instants. Rapidement, le dessin laisse un travail « tangible » : un portrait, un paysage, ... La relation s'affine et l'esprit critique peut faire une brève entrée autour du travail d'illustration. On travaille déjà inconsciemment sur la conscience de soi, du groupe



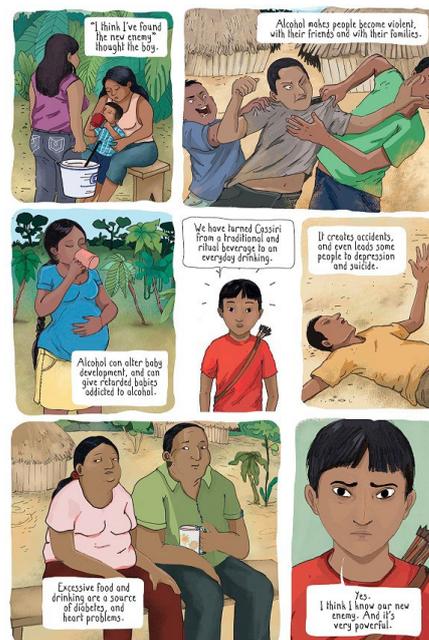
par le travail du dessinateur. Si l'on veut pour la suite avancer sur un sujet de fond, en lien avec une tradition ancestrale ou aborder des sujets tabous, il vaut mieux prendre le temps nécessaire, même si votre passage est court. Le groupe une fois prêt, le dialogue peut démarrer, puis, leurs priorités vont se définir.

### 3. S'ENRICHIR DES CULTURES DANS NOTRE APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE LA SANTÉ

Dans le cas d'un village amérindien, le contexte culturel nous saute aux yeux : les normes sociales, culturelles, culturelles, comme le rite de passage appelé « *Maraké* », symbolisant la transmission de la force, de la connaissance et du savoir des anciens à la jeune génération, pendant lequel l'adolescent passe à l'âge adulte en s'exposant aux morsures envenimées de quelques 400 fourmis du genre *Paraponera* parfois mortelles. Cependant, dans un tout autre territoire, comme par exemple le Médoc, où se conjugue également « ruralité, disparités socio-économique...et sanitaire » il y a tout autant, voire plus, de spécificités si l'on s'intéresse aux travaux en Sciences humaines de l'Université de Bordeaux et de l'ISPED. L'exotisme équatorial stimule notre curiosité de l'inconnue et, à ce titre, il est facile de se laisser aller aux archétypes de profil socio-culturel préétablis de

l'Amérindien de Guyane au même titre que l'on pourrait réduire son concitoyen du Médoc au paysan.

La santé est une des composantes les plus intimes de l'individu. Comprendre les codes/pratiques/croyance d'une communauté est aussi, pour les acteurs de santé, une formidable opportunité de découvrir de nouveaux groupes, de stimuler des actions créatives et innovantes qui n'ont pas forcément de coûts plus importants que les méthodes « classiques » à partir du moment où des outils sont disponibles.



Le mésusage locale du *kassiri*, boisson traditionnelle sacrée, produit de fermentation de la culture du manioc ayant pris un nouveau virage par l'apparition de broyeurs à manioc électriques, concerne tout le monde : adultes, femmes enceintes, enfants, nourrissons. Les échanges entre habitants permettent de mettre le doigt sur les risques de ce nouveau mode de production, consommation... Un



*Trop souvent touchée par une volonté d'efficacité, la santé communautaire est pensée avec une approche « Bottom-to-top ».*

(...)

*L'illustration [...] est aussi un excellent moyen d'initier le dialogue communautaire et la médiation.*

(...)

*La santé est une des composantes les plus intimes de l'individu.*

*[...] l'énergie et le vécu de ces groupes ne se transposent pas [...]*



scénario et une bande dessinée vont naître du récit d'un habitant transformé en un jeune garçon voulant devenir un grand guerrier et qui croise le jaguar dans la forêt. Au lieu de le dévorer, le jaguar le prévient d'un grand danger qui menace le village. Le jeune garçon se met alors à patrouiller en vain dans la forêt. Mais il ne trouve rien, car l'ennemi est déjà dans les murs...

Prenons du recul avec l'objectif stratégique énoncé de la médiation communautaire, comme défini dans l'article D1110-5 du code de Santé Publique : « faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins [...] favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités ». Le référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques de la HAS sur la médiation en santé montre l'importance d'une relation interdépendante au profit des deux partis, non uniquement pour les communautés éloignées mais aussi à la faveur du professionnel. Cela facilite, par

la suite, la mise en place d'une gouvernance participative. En complément, nous pouvons insister sur l'importance de l'imprégnation culturelle dans l'animation des dynamiques communautaires.

On ne pourra pas se reposer uniquement sur l'évaluation de la qualité et de la transférabilité de projet existant (l'outil ASTAIRE, l'évaluation de l'« empowerment » d'Alinsky à Ninacs, l'alphabétisation visuelle avec Inklink, ...), car l'énergie et le vécu de ces groupes ne se transposent pas, ils renaissent à chaque fois et c'est en vous lançant, car vous en êtes déjà convaincu, que vous en serez conquis !

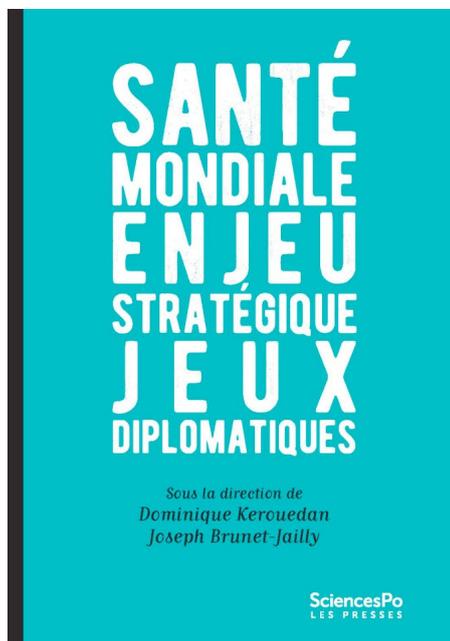
Prêt pour s'informer de façon libre et éclairé, auprès des communautés, chers co-internes ?

**Edouard Hallet (Interne de Santé Publique Antilles-Guyane) & Laure Garancher (The Inklink association)**



# SANTÉ MONDIALE ENJEU STRATÉGIQUE JEUX DIPLOMATIQUES

Lectures



« Le thème du colloque de la chaire « Savoirs contre pauvreté » du Collège de France a été intitulé « Géopolitique de la santé mondiale » pour l'année 2012-2013 à l'initiative de Dominique Kerouedan titulaire de la chaire. Les travaux et communications qui en ont résulté ont été à l'origine de cet ouvrage. »

Le concept de « santé globale » a été introduit à partir de 1998 et défini par la suite comme le domaine de recherche qui priorise l'amélioration de la santé et de l'équité dans le monde. Un des objectifs est l'étude des déterminants de problèmes de santé transnationaux. Ce but est d'autant plus complexe qu'il s'intègre dans

des problématiques de santé à la fois collectives et individuelles. La santé est un enjeu majeur de politique internationale. Si cela pourrait paraître comme une évidence consensuelle, ce livre montre que la réalité est bien moins évidente. Dans un contexte de mondialisation à plusieurs vitesses, les enjeux de santé publique sont encore trop souvent considérés comme étagés. Ces dernières années ont été témoins de dérives de la santé mondiale, en contradiction avec des principes d'équité. En effet, les autorités sanitaires ont la lourde tâche de composer avec des possibles divergences entre intérêts géopolitiques, économiques et objectifs de santé publique. C'est là tout l'atout majeur de ce livre : exposer les difficultés d'interactions entre ces différents intérêts et ce à travers de multiples exemples précis (propriété intellectuelle et accès des médicaments au plus grand nombre, gestion de crises épidémiologiques, de catastrophes humanitaires, l'arrivée des pays émergents dans les coopérations internationales...).

En plus d'un aperçu de situations de provenances géographiques multiples (Afrique, Syrie, Amérique du Sud), la grande qualité de ce livre est de réunir une multiplicité

Ce livre a été dirigé par Joseph Brunet-Jailly (économiste) et Dominique Kerouedan (médecin de santé publique, titulaire de la chaire « Savoirs contre pauvreté » du Collège de France en 2012-2013).

de points de vue provenant de vingt co-auteurs (parmi lesquels Laurent Fabius et Bernard Kouchner) ayant des parcours et métiers divers : médecins, épidémiologistes, sociologues, économistes, politiciens... Chaque chapitre est rédigé par un auteur différent et sur un sujet différent, ce qui permet de cibler aisément sa lecture sur un thème qui intéresse plus particulièrement. Dresser un tableau exhaustif des situations de santé publique à travers le monde paraît difficile, mais ce livre permet d'avoir un regard plus affûté quant aux enjeux de santé publique mondiaux au sein de contextes géopolitiques multiples.

**Thibault Dhalluin, ISP à Rennes**

Santé mondiale. Enjeu stratégique, jeux diplomatiques par Dominique Kerouedan et Joseph Brunet-Jailly. Presses de Sciences Po, 2016, 300 p., 32€.

# MOT DE L'ÉQUIPE FRANÇAISE

## EURONET-MRPH



Meeting de Nancy

L'année 2017 a été une année excitante pour EuroNet-MRPH. Le réseau a participé à des importants événements de santé publique internationaux, comme la *European Public Health Conference* de Stockholm en novembre 2017 et l'*European health Forum Gastein*. Trois nouveaux pays (Slovénie, Bosnie-Herzégovine et Malte) ont rejoint le réseau en 2017 et les trois meetings organisés, à Strasbourg, à Motovun (Croatie) et à Lisbonne ont été un succès.

Un gros projet nous a accompagné entre la fin de 2017 et le début de 2018 : l'Association des écoles de santé publique de la région euro-

péenne (ASPHER), avec laquelle nous collaborons, nous a demandé de participer à un groupe de travail concernant la professionnalisation des professionnels de santé publique européens. La première phase de ce groupe de travail a été la rédaction d'un cahier de compétences que les professionnels de santé publique doivent acquérir. La deuxième version du cahier est maintenant en révision par les différents groupes et réseaux qui participent au projet.

Pour 2018, le nouveau bureau d'EuroNet s'est donné différents objectifs, entre lesquels : organiser trois meetings et accueillir un

### Voici les membres de la commission :

- Maria Francesca Manca, chargée de liaison avec le CliSP ([mariafrancesca.manca@gmail.com](mailto:mariafrancesca.manca@gmail.com))
- Damiano Cerasuolo ([damiano.cerasuolo@gmail.com](mailto:damiano.cerasuolo@gmail.com))
- Clément Massonnaud ([clement.massonnaud@gmail.com](mailto:clement.massonnaud@gmail.com))
- Sorina Dana Mihailescu ([sdmihailescu@gmail.com](mailto:sdmihailescu@gmail.com))
- Hélène Rossinot ([helene.rossinot@yahoo.fr](mailto:helene.rossinot@yahoo.fr))

nouveau pays dans le réseau ; augmenter le nombre de partenariats ; augmenter la visibilité d'EuroNet au cours des événements de santé publique de l'année.

Même si le nouveau bureau est en charge depuis peu, ils ont déjà bien travaillé : l'assemblée de février a été l'occasion de voter l'adhésion au réseau d'un interne de santé publique de Moldavie en tant que membre individuel. Pendant que j'écris cet article, le meeting de printemps se déroule à Nancy. Malheureusement, je n'ai pas pu y participer, étant encore en Guyane.

Le meeting hivernal d'EuroNet sera concomitant du congrès de santé publique européen, qui se tiendra cette année à Ljubljana (Slovénie) du 28 novembre au 1er décembre

2018 (11th European Public Health Conference, <https://ephconference.eu/>). La soumission d'abstract est possible jusqu'au 1er mai 2018.

La première newsletter de 2018 vient d'être publiée, elle se trouve au lien suivant : <http://euronetmrph.org/news-newsletter/>.

Cette année sera riche pour EuroNet, c'est le bon moment pour rejoindre la commission nationale française !

**Maria Francesca Manca**  
(EuroNet France, chargée des relations CliSP-EuroNet MRPH)

Contactez-nous par email  
(EuroNetMRPHFrance@gmail.com).  
Suivez-nous sur Facebook (EuroNet-MRPH), sur Twitter (@EuroNetMRPH) et sur LinkedIn (groupe EuroNet-MRPH).

Visitez notre site internet pour plus de nouvelles et pour vous inscrire à la newsletter !  
<http://www.EuroNetMRPH.org>.

## Bureau du CliSP

**Sylvain Gautier**

*Président*

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

**Mathilde Besson**

*Vice-Présidente*

[besson.mathilde@gmail.com](mailto:besson.mathilde@gmail.com)

**Magali Koczorowski**

*Secrétaire Générale*

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

**Arnaud Serret-Larmande**

*Trésorier*

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

**Romuald Cruchet**

*Secrétaire évènementiel*

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

**Fanny Velardo**

*Chargée de la Communication*

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

**Marion Istvan**

*Rédactrice en chef du Bulletin*

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

**Lucile Trutt**

*Administratrice Web*

[admin.web@clisp.fr](mailto:admin.web@clisp.fr)

**Vianney Guardiolle**

*Responsable éditorial web*

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

**Louise Petit**

*Chargée de coordination*

*avec les représentants inter-régionaux*

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

**Maria-Francesca Manca**

*Chargée de relation*

*avec EuroNet MRPH*

[mariafrancesca.manca@outlook.com](mailto:mariafrancesca.manca@outlook.com)

## Collège du CliSP 2017-2018

### Ile-de-France

**Florian Verrier**

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

### Nord-Est

**Besançon : Alice Barbier**

[alice.barbier@edu.univ-fcomte.fr](mailto:alice.barbier@edu.univ-fcomte.fr)

**Dijon : Emmanuel Delmas**

[masaru240del@gmail.com](mailto:masaru240del@gmail.com)

**Nancy : Ngoc-Ha Nguyen**

[ngoc.ha55956@gmail.com](mailto:ngoc.ha55956@gmail.com)

**Reims : Pauline Marchand**

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

**Strasbourg : Marie Mielcarek**

### Nord-Ouest

**Amiens : Lise Thiriet**

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

**Caen : Laure-Marine HOUEL**

[lm.houel@gmail.com](mailto:lm.houel@gmail.com)

**Lille : Philippe Trouiller**

[philippe.trouiller@gmail.com](mailto:philippe.trouiller@gmail.com)

**Rouen : Clément Massonnaud**

[clement.massonnaud@gmail.com](mailto:clement.massonnaud@gmail.com)

### Ouest

**Angers : Paul Neveux**

[refsantepub.angers@gmail.com](mailto:refsantepub.angers@gmail.com)

**Nantes : Lucie Malloggi**

[lucie.malloggi@orange.fr](mailto:lucie.malloggi@orange.fr)

**Poitiers : Clotilde Morineaud**

[clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr](mailto:clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr)

**Rennes : Aurélie Pétureau**

[referent.santepublique@outlook.fr](mailto:referent.santepublique@outlook.fr)

**Tours : Paul Bregeaut**

[paul.bregeaut@gmail.com](mailto:paul.bregeaut@gmail.com)

### Rhône-Alpes et Auvergne

**Clermont-Ferrand : Solène Clout**

**Grenoble : Valentin Paran**

[valentin.paran@mailoo.org](mailto:valentin.paran@mailoo.org)

**Lyon : Arthur Barnay**

[association.spl@gmail.com](mailto:association.spl@gmail.com)

**Saint-Etienne : Alexandre Boichon**

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

### Sud

**Marseille : Davide Tufo**

[isp.marseille@gmail.com](mailto:isp.marseille@gmail.com)

**Montpellier : Clémentine Salel**

[clementine.salel@gmail.com](mailto:clementine.salel@gmail.com)

**Nice : Seda Bakirci**

[seda.bakirci@hotmail.fr](mailto:seda.bakirci@hotmail.fr)

### Sud-Ouest

**Bordeaux : Romain Gallard**

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

**Limoges : Sylvain Gavelle**

[sylvain.gavelle@yahoo.fr](mailto:sylvain.gavelle@yahoo.fr)

**Toulouse : Pierre Sabatier**

[pierre.sabatier.isp@gmail.com](mailto:pierre.sabatier.isp@gmail.com)

**Antilles, Guyane : Edouard Hallet**

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

**Océan Indien : Kheira Gadouri**

Avec le soutien de :



**CliSP - Bulletin n°35 - Avril 2018**

**Rédactrice en chef :**

**Marion Istvan**

**Conception et réalisation :**

**Philippe Enderlin**

**Crédit photo couverture :**

**Wikipédia - CC BY-SA @ Xellery**



**COLLÈGE DE LIAISON  
DES INTERNES  
DE SANTÉ PUBLIQUE**

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

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