

Octobre 2020

BULLETIN NUMÉRO 42



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

**Expérimentations et
nouvelles organisations
en santé publique**

SANI-CNISP: Êtes-vous prêts ?

SOMMAIRE

- P03 - Éditorial du bureau 2020-2021
- P05 - Éditorial du bureau 2019-2020
- P07 - Présentation du bureau 2020-2021
- P11 - Dossier CNISP 2020
- P47 - CAISP-CLiSPro
- P53 - Lectures
- P54 - Actualités européennes

ÉDITORIAL DU BUREAU 2020-2021

SANI : BIENVENUE EN SANTÉ PUBLIQUE, À LA CROISÉE DES CHEMINS !

Bonjour à vous qui avez (re)passé l'ECNi ou qui avez changé de spécialité. Vous démarrez cette année votre internat de santé publique.

À l'heure où vous avez ce bulletin entre les mains, vous avez une vague idée du début de votre internat de santé publique, peut-être avez-vous déjà choisi votre premier stage. Bien que nous ayons en commun quelques bases de la formation théorique et un corpus de valeurs, la santé publique est une spécialité qui offre mille et une possibilités. Vous ne savez pas encore à quoi va ressembler la fin de votre internat ni ce que vous allez faire après, et, sachez-le : c'est une bonne nouvelle. L'histoire n'est pas encore écrite, n'hésitez pas à vous saisir de chaque occasion qui vous est offerte pour découvrir, apprendre, évoluer et développer ce que nos collègues anglo-saxons appellent les compétences dures et douces (*hard skills* et *soft skills*). Nous démarrons avec cette matière brute faite de cette curiosité et de cette volonté de changer les choses à grande échelle : pour beaucoup d'entre vous, ce sont ces envies qui poussent à démarrer cet internat. Semestre après semestre, stage après stage, vous aurez à buriner

ce matériau pour sculpter une pratique de la médecine à votre image.

Le Séminaire d'accueil des nouveaux internes (SANI) est un moment privilégié d'échanges. Il vous permet de découvrir à la fois la spécialité mais aussi de se découvrir les uns, les uns et les autres. L'amateur de science-fiction que je suis profite de la sortie du bulletin numéro 42 pour vous rappeler que, même si ce SANI a peu de chances de vous apporter la réponse à « la grande question sur la vie, l'univers et le reste », il pourra en tout cas vous donner les clés pour bien commencer votre internat. Au cours de votre internat, vous aurez plusieurs occasions de vous revoir plusieurs fois par an, grâce aux différents événements organisés par le CLiSP et ses partenaires.

Vous avez fait un choix audacieux de spécialité en 2020, l'année où une crise sanitaire mondiale pose plus que jamais la question de la santé publique mais de tous les aspects connexes : la veille sanitaire, la gestion de crise, la communication auprès des populations, la lutte contre toutes les formes de désinformation, l'importance de la méthodologie en recherche clinique... À chaque interface entre le monde des soignants et des non-soignants, les médecins de santé publique



sont au rendez-vous pour améliorer les échanges.

Les internes de santé publique ont été réactifs, créatifs et inventifs au cours de la crise sanitaire que nous sommes en train de vivre. Partout dans l'hexagone et dans les outre-mer, ils ont utilisé, dès le mois de février 2020, leurs compétences médicales au service de la lutte contre la Covid19. Vous qui découvrez l'association, je vous renvoie au bulletin précédent, le numéro 41, qui met en lumière l'action d'une quinzaine de ces internes dans des domaines très différents.

Quel démarrage pour la nouvelle édition du Congrès national des internes de santé publique (CNISP) ! C'est un Congrès que nous vous préparons depuis un an et demi et qui a été reporté d'avril à octobre 2020.

Côté CLiSP, ce bulletin est celui de la transition entre les bureaux 2019-2020 et 2020-2021, d'où le double éditorial. Je profite de ces

lignes pour remercier le travail fait par le bureau précédent dans des circonstances que l'on comprend exceptionnelles. Je remercie également les personnes qui ont accepté de s'engager dans le bureau et de façon plus large dans le collège du CLiSP 2020-2021. C'est une année chargée qui se profile devant nous : formation théorique et pratique, poursuite de la réforme du troisième cycle avec notamment l'option administration de la santé, Ségur de la santé publique, développement de nos relations avec nos partenaires locaux, nationaux et européens... Sans oublier bien sûr les incertitudes sur l'évolution de la crise sanitaire actuelle.

Quel que soit le stade de votre internat (et dès le début), vous avez toute légitimité à vous impliquer, que ce soit auprès de vos représentations locales ou dans les actions de l'association nationale.

Bienvenue au SANI.

Bienvenue au CLiSP, votre association.

Bienvenue en santé publique, à la croisée des chemins !

Sander.

ÉDITORIAL DU BUREAU 2019-2020

Chers co-internes,

Cette année singulière de par ses actualités offre de nouvelles perspectives et ouvertures professionnelles aux internes de santé publique.

Gestion de la crise sanitaire, première édition du Congrès National des Internes de Santé Publique (CNISP), mise en place de l'option « Administration de la santé » à l'EHESP à la rentrée 2020, arrivée de la phase de consolidation de la réforme du 3^{ème} cycle, l'actualité de notre spécialité est chargée.

UNE SITUATION INÉDITE POUR LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE

Inédite, de par notre mobilisation pour la gestion de la crise sanitaire liée au COVID-19.

De fait, les compétences des internes œuvrant dans la santé publique ont été fortement appréciées au cours de ces derniers mois.

Sollicités à de nombreuses reprises, que ce soit par les instances régionales ou bien nationales (nous pourrions citer la Réserve sanitaire par exemple), afin d'aider à la prise en charge et au dépistage de personnes au retour de zones à risques ou bien de participer à la supervi-

sion des opérations de gestion de la crise sanitaire lié au COVID-19, les internes de santé publique ont répondu présents aux demandes d'aide gouvernementale. De par la qualité de leur formation, ils ont su apporter leur expertise logistique, épidémiologique et clinique.

Cette polyvalence, reconnue par nos pairs, atout singulier de notre spécialité, fait des médecins de santé publique des acteurs de premier rang utiles et écoutés, aux rôles indispensables dans le fonctionnement et l'organisation des systèmes de santé.

PREMIÈRE ÉDITION DU CNISP : « EXPÉRIMENTATIONS ET NOUVELLES ORGANISATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE »

L'AO-CNISP, une toute nouvelle association ayant pour objectif de pérenniser l'organisation de notre congrès national, nous propose cette année une thématique d'actualité.

« Que l'on considère la prévention, la promotion de la santé, les technologies au service de la santé ou l'organisation des soins, notre discipline est confrontée à la nécessité constante de se renouveler pour répondre aux grands défis actuels »



Occasion d'apprendre, d'échanger et de réseauter, il ne fait aucun doute que cette première édition, riche du niveau de ses intervenants, sera une réussite.

MISE EN PLACE DE L'OPTION « ADMINISTRATION DE LA SANTÉ »

Dans les actualités de cette année il y a également la mise en place de l'option ADLS (« Administration de la santé ») à l'EHESP, réalisable entre les 2^{ème} et 4^{ème} année d'internat, dont la première promotion devrait voir le jour à la rentrée 2020.

Cette option vise à donner aux internes des outils et une reconnaissance à un niveau où il sera naturel

de lui confier des tâches de management, ce qui pourra se faire au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, des Agences régionales de santé, de l'Assurance maladie, mais aussi au sein des directions hospitalières ou de structures privées comme les cabinets de consulting.

R3C ET PHASE DE CONSOLIDATION

Autre actualité également, la mise en place de la dernière phase créée par la R3C (réforme du troisième cycle), dont la première promotion en phase de consolidation arrivera en novembre 2020.

Pour l'heure, de nombreux stages ont été agréés pour cette phase de « docteur junior » et les derniers éléments organisationnels nécessaires à la mise en place complète de cette réforme sont en cours de finalisation.

Enfin, je profite de cet éditto pour remercier **l'ensemble du bureau et collège du CLiSP ainsi que l'équipe organisatrice du CNISP pour leur travail de qualité**, grâce à qui tout cela est possible.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter un excellent #CNISP2020 1er cru ainsi qu'une deuxième partie d'année d'internat florissante !

David Peyre-Costa

PRÉSENTATION DU BUREAU 2020-2021

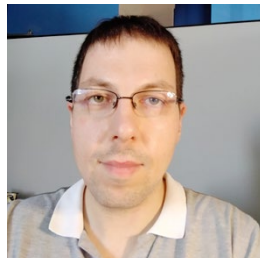


Sander de SOUZA

Président

ISP à Lyon

Après un an en tant que référent de Lyon, j'ai décidé de rejoindre le bureau du CLiSP pour continuer de défendre notre internat à une autre échelle. Je veux poursuivre le travail de fond commencé par les bureaux précédents, notamment sur les grands dossiers de formation et de pratique médicale.



Vincent MAX

Vice-président

ISP à Toulouse

Interne de sixième semestre, j'étais déjà présent au sein du bureau précédent, et souhaitait poursuivre mon engagement au sein du CLiSP. Je souhaite, notamment, contribuer à la défense des intérêts des internes de santé publique sur tous les dossiers touchant à notre spécialité (réforme du troisième cycle, place des MSP...).



Béranger THOMAS

Secrétaire Général

ISP à Paris

Habitué du monde associatif, j'ai décidé d'intégrer le CLiSP en tant que secrétaire général afin de suivre au quotidien l'ensemble des sujets portés par l'association pour l'intérêt des internes de santé publique. Je souhaite apporter mon dynamisme au cœur du fonctionnement du CLiSP pour les prochains mois, voire plus...



Stéphane TUFFIER

Trésorier

ISP à Rennes

Interne en 6ème semestre, j'ai rejoint le CLiSP pour donner de mon temps à cette association incontournable pour tout interne de santé publique.



Serena TUMELERO

Vice-secrétaire chargée de l'évènementiel

ISP à Marseille

J'ai rencontré le CLiSP au Sani 2019 et j'ai choisi d'y entrer pour en savoir plus sur notre belle spécialité, entrer en contact avec d'autres ISP et apporter ma contribution à l'association. Je suis très heureuse de cette opportunité et j'aimerais continuer à être impliquée dans l'association à l'avenir.



Sara CORBIN

Vice-secrétaire chargée des affaires nationales

ISP à Lyon

Ayant déjà fait un mandat en 2018-2019, j'ai décidé de m'investir à nouveau au CLiSP pour apporter mon expérience sur les dossiers nationaux que le nouveau bureau aura à gérer. Et ainsi perpétuer le soutien « intergénérationnel » qui m'avait paru si utile lors de mon expérience précédente.

**Cynthia HUREL**

Chargée de coordination avec les représentants de subdivision

ISP à Rennes

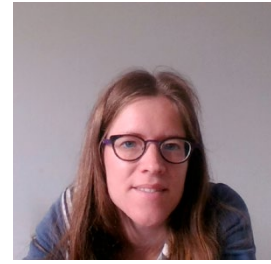
J'ai souhaité mettre à contribution mon expérience de référente locale et mon enthousiasme pour aider à faire vivre notre réseau national d'internes en santé publique, spécialité très dynamique. La diversité de nos villes est une richesse : les échanges entre subdivisions sont source d'entraide, de solutions, de découvertes et d'innovations !

**Rémi VALTER**

Webmaster

ISP à Paris

Description : J'avais envie de découvrir l'associatif et de pouvoir développer des compétences dans divers domaines. Ce poste, à la frontière de l'information, développement, design et la participation aux projets était parfait ! Pouvoir le réaliser au sein du CLiSP permet de participer à la vie de l'internat dans un environnement bienveillant.

**Louisa PORTE**

Chargée de communication

ISP à Strasbourg

J'ai souhaité rejoindre le bureau du CLiSP pour m'investir pour améliorer la formation des internes et défendre nos droits. Après un poste au sein du collège j'avais trouvé l'équipe précédente très accueillante je me suis dit que c'était l'occasion idéale pour une expérience associative.

**Fabiana CAZZORLA**

Rédactrice en chef du bulletin

ISP à Grenoble

Je vois en cette nouvelle expérience au sein du CLiSP une opportunité d'être plus proche des ISP afin de collecter, synchroniser et reporter vos idées. Forte de mon expérience à l'international, je m'efforcerais à rendre nos échanges ouverts et coalisant. Mes mots clés sont : curiosité, interaction, cohésion.

**Romain LAFITTE**

Chargé de mission EuroNet MRPH pour le CLiSP

ISP à Caen

Ayant participé depuis deux ans à la vie de l'association européenne, j'ai voulu cette année tenter l'aventure avec le nouveau Bureau français. Mon objectif serait de voir naître de la crise sanitaire actuelle un renforcement de la réponse collective européenne.

**Hélène LEPETIT**

Chargée d'actualités

ISP à Bordeaux

Interne 6ème semestre, je me suis présentée à ce poste pour avoir un aperçu du fonctionnement du bureau du CLiSP, ma motivation principale à long terme étant d'améliorer notre formation et de créer du lien entre internes de différentes subdivisions.

LES BONNES RAISONS D'ADHÉRER AU CLISP

L'ASSOCIATIF, POURQUOI PAS ?

Chose obscure et lointaine pour certains, très familière pour d'autres, l'associatif fait néanmoins partie intégrante de nos études. Certains d'entre vous ont probablement déjà une grande expérience dans votre passé d'étudiant en premier et second cycle, dans les corporations locales, au niveau national ou dans d'autres associations (comme les associations de santé internationale), d'autres en revanche n'en ont jamais fait.

Arrivé à l'internat, vous vous rendez compte que l'environnement de notre troisième cycle est aussi foisonnant en terme associatif

ALORS L'ASSOCIATIF, POURQUOI FAIRE ?

Pour défendre les intérêts des internes et la qualité de notre formation. Pour faire valoir notre point de vue auprès de nos enseignants, des instances, remonter les problèmes rencontrés. Pour créer du lien entre internes de toute la France, et même d'au delà, rencontrer, échanger et apprendre à leur contact. La diversité et le réseau font partie des richesses de notre formation.

PAS ENCORE CONVAINCU ?

"Mais l'associatif, est-ce fait pour moi, me direz-vous?" Difficile d'y répondre. Alors, non, ce n'est pas sorcier : les compétences nécessaires, soit vous les avez, soit vous allez les acquérir.

Au chapitre de ce que vous pourrez développer, on peut citer des compétences organisationnelles mais aussi en communication, gestion de projet et travail en équipe. L'associatif est aussi un bon moyen pour faire grandir son réseau

La première chose c'est d'avoir envie de s'impliquer. Ensuite, il faut trouver le poste qui correspond le mieux à vos attentes. Pas forcément à ce que vous savez faire mais à ce que vous *aimeriez* faire. Personne n'a la science infuse, et on peut demander de l'aide en cas de doute. Mais il ne faut pas hésiter à se remettre en question et à découvrir de nouvelles choses. Que l'on ait un peu de temps ou beaucoup à consacrer, toutes les bonnes volontés sont les bienvenues.

Alors n'hésitez-pas, engagez-vous!



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

Rétrospective du SANI 2019

"une immersion
super conviviale
dans le monde des
internes de
Santé Publique"



"c'est une occa-
sion d'apprendre
par nous, entre nous
et pour nous"

EDITO DU PROFESSEUR CYRILLE COLIN

EDITORIAL CNISP 2020

Réunir les internes de Santé Publique et tous les professionnels de santé intéressés par la transformation du système de santé français est particulièrement adapté à la période que nous sommes en train de vivre. Jamais le système de santé français, et en particulier les médecins, n'ont semblé aussi inquiets de l'évolution du cadre actuel d'organisation et de financement de notre système.

Répondre à la demande forte des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, de pouvoir bénéficier d'une alternative organisationnelle à la consultation ou à l'hospitalisation, répondre aux demandes réitérées des services d'urgence d'une réorganisation de la permanence des soins, proposer des modifications de la gouvernance hospitalière et de la mise en place des parcours de santé, réexaminer les différences de revenu entre professionnels de santé à la lumière des comparaisons internationales, fluidifier la coordination entre le sanitaire et le médico-social pour les personnes âgées fragiles sont quelques uns des multiples enjeux que ces journées du CNISP ont osé mettre en débat.

La présence de professionnels de santé, de spécialistes de santé publique, de représentants de l'administration sanitaire et des associations de patients objective la nécessité de mettre en synergie l'ensemble des acteurs impliqués et de promouvoir la culture du changement. Comme le disait Richard Buckminster Fuller : « Pour que les choses changent, il faut construire un nouveau modèle qui rende l'ancien obsolète ». La recherche sur les services de santé (Health Service Research), les expérimentations sur de nouvelles formes d'organisation et de financement des soins (article 51), les nombreuses initiatives de soins intégrés en médecine de ville sont des avancées qu'il sera important d'adopter dans un modèle de système de santé probablement plus centré sur le patient et son domicile que sur la ou les structures en mesure de l'accueillir.

Je fais le vœu que ces journées permettent une richesse d'échanges, un plaisir dans le débat et peut être même une évolution de notre culture de médecins de santé publique pour aller vers un nouveau paradigme de la prise en charge collective de la santé des citoyens. Je félicite l'équipe organisatrice qui a tout fait pour faire de cet évène-



ment un succès et dont tous les membres doivent être remerciés pour l'engagement remarquable dont ils ont fait preuve.

Pr C. Colin

« FINI LE SANFI, PLACE AU CNISP ! »

La Genèse de l'AO-CNISP

Finis le SANFI (Séminaire National de Formation des Internes de Santé Publique), place au CNISP (Congrès National des Internes de Santé Publique) ! Notre congrès annuel de formation a opéré une véritable mue, avec la création de sa propre association organisatrice pour pallier les problématiques rencontrées lors de l'organisation des précédents séminaires.

L'enjeu principal avec la création d'une association organisatrice était d'abord de faire continuité entre les différentes éditions. Continuité d'organisation, continuité pédagogique, continuité financière, et finalement continuité dans les transmissions. En effet lors des éditions précédentes, on constatait la difficulté pour les équipes organisatrices en local, d'avoir des référentiels, des retours d'expériences et des transmissions appuyées (historiques, archives...) des équipes antérieures d'autres villes. Les quelques échanges de conseils entre associations locales ne suffisaient pas, un besoin de référentiels généraux portés par une association indépendante était clairement identifié.

Un second enjeu, non moindre, a été résolu grâce à la création de cette association : le lien avec le

CLiSP (Collège de Liaison des internes de Santé Publique, association nationale représentative des internes de Santé Publique). Malgré les liens évidents du CLiSP avec nos différentes associations locales d'internes, et les échanges informels entre le CLiSP – instigateur depuis toujours du Congrès National – et l'équipe organisatrice, des échanges officiels n'avaient jamais été formalisés. La création de l'Association Organisatrice du CNISP (AO-CNISP) a été l'occasion d'officialiser l'existant, et de renforcer les liens entre CLiSP et l'équipe organisatrice du Congrès. Ainsi a été constitué un conseil d'administration (CA) composé de membres du bureau de l'Association Organisatrice du CNISP et du CLiSP. Ce CA se réunit 4 fois l'an et permet aux deux associations d'échanger sur l'organisation. L'utilité de cette instance s'est révélée dès cette première année avec, par exemple le report du CNISP suite à la crise COVID-19. En effet le conseil d'administration a été tout naturellement l'espace pour aborder des sujets aussi hors-normes et de prendre une décision en concertation entre les deux associations, en réfléchissant en synergie à l'intérêt des internes de santé publique à travers la France. A noter que pour devenir membre de l'AO-CNISP, il est nécessaire d'être adhérent du



CONGRÈS NATIONAL
DES INTERNES DE
SANTÉ PUBLIQUE

CLiSP, ainsi nos deux associations sont étroitement liées jusque dans leurs fondements.

La création de l'association AO-CNISP a permis, par la même occasion de renforcer le lien avec les représentants des enseignants universitaires de Santé Publique. Ainsi la nouvelle association s'est dotée d'une instance consultative abordant les aspects thématiques et le programme pédagogique. Celle-ci se compose de membres de l'équipe organisatrice, de membres du bureau du CLiSP, des enseignants locaux prenant part à l'organisation, des représentants nationaux de chaque collège d'enseignants universitaires de santé publique (CUESP et CIMES) et des présidents de chaque sous-section du Conseil National des Universités de santé publique (46.01 et 46.04). Elle se réunit tous les deux mois, et permet de créer un espace identifié de discussion autour de l'avancée du programme pédagogique. Elle s'est révélée dès cette première année comme un lieu d'échange, de collaboration et de créativité très utile à la réflexion pour l'équipe organisatrice.

Par ailleurs, le SANFI souffrait d'un manque de visibilité auprès des acteurs locaux et nationaux, dont nos partenaires, du au passage de l'organisation d'associations en associations. Cela limitait les possibilités de pérennisation des partenariats et des financements, essentiels à l'organisation d'un tel événement. Désormais, l'association organisatrice restera l'interlocuteur unique, malgré le changement de ville et d'équipe chaque année, des partenaires financiers, permettant une meilleure identification du congrès...

Enfin, petit détail mais pas des moindres, le changement de nom en lui-même. Le SANFI était confondu à de nombreuses reprises par nos partenaires avec un certain laboratoire pharmaceutique, avec lequel nous n'avons pourtant aucun rapport. Ceci nuisait à la recherche de financement et à l'identification du Congrès. Le changement de nom du Congrès, symbole du renouveau, avait donc aussi une justification tout à fait pragmatique.

En résumé, cette nouvelle association a pour but de faciliter et pérenniser l'organisation du Congrès à l'avenir, améliorer les transmissions d'années en années, archiver et centraliser les documents importants permettant aux nouvelles équipes de s'appuyer sur l'expérience des anciennes, et faciliter le lien avec les partenaires financiers, le CLiSP et les enseignants universitaires. Nous avons pu constater dès cette année qu'elle a rempli une partie des missions suscitées et semble prometteuse, même si, nous n'en doutons pas, des ajustements seront très probablement à faire au fil des ans, pour qu'elle atteigne son plein potentiel !

**Romuald CRUCHET, ISP à Lyon,
7^{ème} semestre, responsable
Bulletin pour l'AO-CNISP**

**Sara CORBIN, ISP à Lyon,
7^{ème} semestre, présidente de
l'AO-CNISP**

« CETTE ANNÉE À LYON... »

Premier Congrès National des Internes de Santé Publique – Le mot de l'équipe

C'était à Lyon, ville des lumières et capitale de la gastronomie, qu'avait eu lieu le tout premier Séminaire National de Formation des Internes de santé publique (SANFI) en 2005. Comme pour boucler l'histoire, c'est donc tout naturel que quinze ans plus tard, Lyon organise le SANFI qui fait peau neuve cette année pour devenir le CNISP.

En quinze éditions, le SANFI était devenu un événement incontournable pour les internes de santé publique, permettant à tous de se retrouver pour découvrir une ville nouvelle et un thème original chaque année. Ce thème était décliné dans les grands domaines qui composent la santé publique, permettant à chacun à la fois de découvrir et d'approfondir des connaissances en fonction de son parcours, de discuter et d'échanger. C'est cette combinaison de nouveautés et de transversalité qui a fait le succès du SANFI, rendant chaque année la venue au Congrès toujours aussi exaltante. Et c'est cet esprit d'échanges et de convivialité que nous avons voulu faire perdurer au sein du CNISP ; que ce soit entre internes, avec nos enseignants, mais aussi avec diffé-



rents professionnels du milieu de la santé.

En 2015, Lyon avait fait travailler les internes sur la thématique des nouvelles technologies en santé publique, particulièrement à travers le prisme de l'innovation. Force est de croire que ce besoin de constant renouvellement en santé reste un thème qui nous est cher à Lyon, puisque cette année nous vous proposons un programme pédagogique s'articulant sur la question des « expérimentations et nouvelles organisations ». À l'aube d'innovations en termes de financement, de réorganisation du système de santé, et de coordination des parcours, cette thématique des expérimenta-

tions nous est apparue comme un enjeu majeur à appréhender pour notre spécialité.

Pour en arriver à ces trois journées de formation, les internes lyonnais ont su s'organiser pour monter et motiver une équipe, et ainsi commencer à concevoir ce premier Congrès National des Internes de Santé Publique dès le printemps 2019. Un premier défi majeur était annoncé : il fallait créer rapidement, en plus de l'organisation du Congrès, une association dédiée à l'organisation de cet événement, sur la base des réflexions menées au sein du CLiSP tout au long de l'année précédente, le but étant à terme d'en améliorer les passa-

tions d'équipe en équipe (cf. *article "La Genèse de l'AO-CNISP"*).

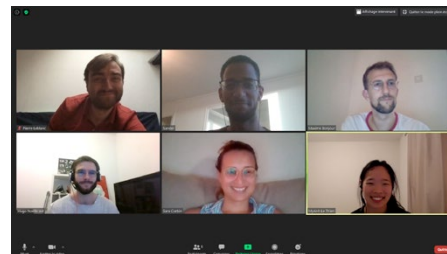
Suite aux quelques mois consacrés à la création de l'association, l'équipe a enfin pu s'atteler à l'organisation de cette première édition du CNISP. Organiser un tel Congrès s'est révélé être un travail de longue haleine, une course d'endurance même. Cependant cela a également été une expérience extrêmement enrichissante collectivement parlant. En effet la convivialité renforcée entre les membres de l'équipe fut une agréable conséquence du partage d'un projet commun. Et quel bonheur de travailler dans un but partagé avec des amis ! Dans une spécialité où les internes sont souvent éclatés dans différents terrains de stages, de se réunir pour collaborer, une fois n'est pas coutume, tous ensemble sur un projet commun, nous a permis à la fois de découvrir la richesse de travailler avec des personnes qui nous sont proches, mais aussi la puissance combinée de créativité et d'organisation des internes, tous formés à la gestion de projet. Et ces aspects ont évidemment contribué à un enrichissement personnel. Nous avons renforcé nos capacités de travail en équipe, dans un format libre, non contraint par des directives initiales ou une hiérarchie quelle qu'elle soit



entre les membres de l'équipe. Avec l'aide, l'implication et la bienveillance de nos enseignants universitaires, nous avons eu l'occasion de créer collectivement l'organisation de l'équipe projet, son fonctionnement et finalement un Congrès à notre image. Quoi de plus enrichissant au sein de notre cursus de santé publique que de développer ses compétences en collaboration, coordination et créativité ? Ainsi, de voir petit à petit un thème prendre la forme de tout le programme que nous vous avons réservé, restera un sentiment unique pour nous.

Au fil des années, des équipes et des éditions, le SANFI s'était enrichi en termes de formes et d'idées d'organisation. Pour ce renouveau sous la forme du CNISP, nous voulions également apporter quelque chose dans son organisation. Nous avons beaucoup apprécié les temps de tables rondes regroupant plusieurs intervenants au dernier SANFI de Montpellier, et c'est en voulant pousser ce concept encore plus loin que nous en sommes venus à l'idée de vous proposer un débat pour cette première édition du Congrès. Nous espérons que ce format vous plaira, et qu'il perdurera dans les éditions des CNISP à venir.

Un défi de taille au sujet de cette première édition a bien évidemment été la crise sanitaire sans précédent à laquelle le monde a dû faire face cette année. À peine quelques semaines avant les dates prévues du Congrès en avril : tout le pays se retrouvait paralysé face au



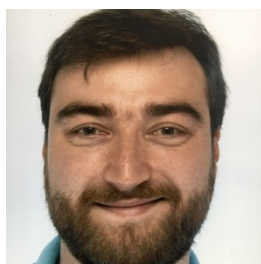
SARS-CoV-2, les rassemblements et déplacements annulés, et donc avec cela le Congrès.

Les conditions exceptionnelles d'organisation en situation COVID nous ont obligées à revoir l'accueil que nous vous avons préparé. Nous vous proposons néanmoins de découvrir notre belle ville de Lyon sous une configuration unique : une visite interactive originale de l'ancienne capitale des Gaules, ville des Canuts mais également berceau de la Résistance de Jean Moulin, un temps de convivialité gastronomique, «fait maison» et bien d'autres d'autres surprises ! Nous espérons que vous pourrez apprécier notre ville sous ce prisme, et que vous passerez tous un agréable moment en notre virtuelle mais chaleureuse compagnie.

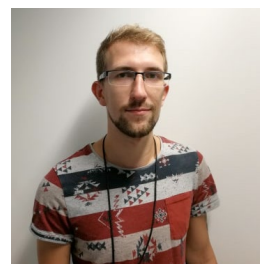
« TOUTE L'ÉQUIPE DU CNISP »



Sara CORBIN,
Présidente,
ISP Lyon 7ème semestre



Pierre LEBLANC,
Secrétaire,
AISP Lyon



Maxime BONJOUR,
Trésorier,
ISP Lyon 6ème semestre



Sander de SOUZA,
responsable web et communication,
ISP Lyon 4ème semestre



My-Anh LE THIEN,
responsable logistique,
ISP Lyon 6ème semestre



Hugo NOELLE,
responsable partenariats,
ISP Lyon 6ème semestre



Romuald CRUCHET,
responsable bulletin,
ISP Lyon 7ème semestre

INTERVIEW DU DOCTEUR AYDEN TAJAHMADY

« Une meilleure coordination
des parcours complexes »

RC : BONJOUR DR. TAJAHMADY. COMMENT VOUS PRÉSENTERIEZ-VOUS EN QUELQUES MOTS ?

AT : Mon parcours est classique pour un interne de santé publique. J'ai fait mes études de médecine à Paris, étant parisien de naissance, à la Pitié Salpêtrière et j'ai passé le concours de l'internat au début des années 2000 avec comme choix de spécialité, la santé publique.

J'ai commencé par des stages en hygiène hospitalière, ex-InVS (Santé publique France désormais – NDLR) et puis sur les dernières années, des stages plus orientés vers l'économie de la santé et les politiques de santé (notamment à l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé ou IRDES). J'ai pris aussi une disponibilité entre la 3^{ème} et 4^{ème} année de mon internat pour faire un master à Londres, conjoint sur les politiques de santé et leur financement avec auparavant, un premier master 2 (DESS à l'époque) de l'université Paris-Dauphine sur l'organisation et la gestion des organisations de santé. Au retour d'Angleterre, il me restait deux semestres à faire, j'ai été embauché dans la mission na-

tionale d'expertise et d'audits hospitaliers. J'avais finalement plus des responsabilités de chef de projet que d'interne et à l'issue des 2 semestres, j'ai été embauché dans cette structure pour 2 ans supplémentaires en post-internat.

Fin 2009-début 2010, la mission a été intégrée avec deux autres entités pour devenir l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé médico-sociaux (ANAP) et à cette occasion-là, j'ai évolué dans l'organisation. J'ai été nommé responsable du programme de travail de l'agence dans le comité de direction. J'ai donc participé à la création de cette nouvelle agence et ainsi diversifier mes compétences, orientées sur la planification, les négociations avec les tutelles, la gestion ressources humaines. J'ai travaillé au sein de cette nouvelle agence durant 10 ans puis j'ai été embauché à la CNAMTS. Je suis donc un médecin de santé publique qui a fait de l'organisation des soins, et de l'économie de la santé.

RC : VOUS AVEZ DÉJÀ EN PARTIE RÉPONDU À LA QUESTION, MAIS PAR QUEL PARCOURS PARVIENT-ON À DE TELLES FONCTIONS AU SEIN DE LA CAISSE

NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS) ?

AT : Ce que l'on peut ajouter là-dessus, c'est que c'est aussi le fruit d'un jeu de circonstances, et de connaissances interpersonnelles, ce qui est souvent le cas pour ce type de poste. Bien entendu, j'avais, du fait de mon parcours, le profil qui correspondait aux exigences attendues.

Ce qui s'est passé, c'est que le poste que j'occupe actuellement était précédemment occupé par Claude Gissot, qui est un médecin de santé publique qui avait travaillé à l'INSEE. Il était l'adjoint de Dominique Polton, Directrice de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) à la CNAMTS avec qui j'avais gardé contact à l'issue de mon stage à l'IRDES. C'est par son intermédiaire qu'on m'a proposé le poste.

RC : DITES-NOUS-EN PLUS SUR VOS MISSIONS DE VOTRE POSTE DE DIRECTION...

AT : La Direction de la stratégie, des études et des statistiques au sein de la CNAMTS est une direction qui comporte 130 personnes environ. Le régime général de l'assurance maladie, c'est 1500 personnes au

niveau de la caisse nationale, et à travers le réseau de l'assurance maladie en région (CGDR) et les caisses départementales, c'est 80 000 personnes.

La DSES, c'est une direction d'expertise de l'exploitation et de la validation de la donnée. On a 3 grands métiers ; un métier d'étude sur les soins, l'organisation des soins, sur les produits de santé (maintenant partagé avec l'ANSM dans le cadre d'un groupe d'intérêt scientifique dénommé Epiphare) ; un métier autour de la statistique plus à proprement parler, via un département synthèse-prévision sur les dépenses de ville, typiquement autour de l'ONDAM ; et puis un 3^{ème} métier sur la maîtrise d'ouvrage informatique, sur le SNDS avec des usages très « Système Informatique » et des usages type mise à disposition des données pour la recherche et d'évolution des référentiels.

En plus de cela, nous avons depuis peu, un département ouvert sur le Big Data, l'open data. Il existe d'ailleurs des interfaces nombreuses avec le Hub Santé car on est producteur d'une partie des données qui sont dans le Hub. Par ailleurs, notre mission de mise à disposition des données pour les utilisateurs du SNDS évolue avec l'existence du Hub. Nous avons également des prérogatives autour de la veille, dans un réseau international sur l'organisation des systèmes de santé dans une logique d'outillage.

Notre mission première est de fournir des données aux services mé-

tiers de la CNAMTS pour mener leurs politiques. On est, si on peut dire, le « centre d'intelligence » de la CNAMTS même s'il y a aussi des statisticiens dans la plupart des autres directions. On a des profils très différents, statisticiens, MSP, économistes, économètres, data-scientists, informaticiens, etc... C'est une richesse de la direction.

Plus précisément, me concernant, j'ai deux missions « en propre », une autour de la production du *Rapport Chargé Produit*, à savoir, le rapport annuel, avec la gestion, l'animation, la coordination des travaux en lien avec la direction générale et une autre concernant le pilotage des actions que la CNAMTS mène autour de l'article 51. J'ai sur cette dernière mission, une équipe au sein de ma direction ; puis beaucoup de travail en transversal avec la CNAMTS, le ministère et les autres acteurs engagés.

RC : EN QUOI LA CNAMTS EST UN ACTEUR INCONTOURNABLE DANS LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

AT : D'abord la CNAMTS est un acteur incontournable de la réorganisation du système de santé parce que la CNAMTS est un acteur incontournable du système de santé. On a un système de santé qui repose historiquement sur une logique assurantielle publique centralisée, et donc, *de facto*, on se retrouve nous, en tant qu'assureur public en santé, au cœur du système et de son évolution.

Deuxièmement, à travers la fonction historique de remboursement et de contrôle, la CNAMTS a des contacts quotidiens avec plusieurs millions d'assurés, d'usagers du système de santé, notamment via les interfaces numériques AMELI. Des contacts étroits également avec les professionnels de santé de ville, pas par la CNAMTS à proprement parlé mais par le réseau Assurance Maladie.

Troisièmement, parce qu'on est un service public avec une implantation territoriale des plus fines, du fait de notre réseau de caisses primaires. On est présent sur le territoire plus que beaucoup d'autres acteurs du système.

Quatrièmement, du fait d'une autre fonction historique, de régulation du système de santé, la CNAMTS est également là pour les aspects conventionnels, les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé. Ces négociations conventionnelles consistaient jusqu'à récemment, en des négociations de prix (des consultations, des actes). Néanmoins désormais, on intervient de plus en plus dans l'organisation en utilisant ce levier tarifaire comme un levier de réorganisation du système et d'actions sur les organisations. Par exemple, sur les CPTS et les assistants médicaux, on leur impose là seulement les prix des actes et des remboursements.

Cinquièmement, on a aussi une capacité de produire des études et des analyses, avec des articles scientifiques sur le système de san-

té. Et comme on est en lien avec le réseau, on n'est pas hors sol, on a un lien étroit avec l'assurance maladie et on a donc cette capacité d'être dans l'action, d'orienter les actions, de les évaluer. Ça fait donc de nous un acteur clé.

Dernièrement, on a su démontrer ces dernières années notre « force de frappe », sur des sujets d'ampleur, à l'image du DMP. La politique du Directeur Général actuel suit vraiment une logique de coopération avec les acteurs de l'Etat, pour sortir des conflits qui auraient pu exister auparavant, en particulier dans les régions avec les ARS.

RC : LA QUESTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE EST UN DES ENJEUX CRUCIAUX DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE ET POUR CELLE À VENIR. QUELLES POLITIQUES PORTER POUR RÉPONDRE À CELUI-CI ?

AT : C'est une question que je connais bien car c'est le sujet sur lequel j'ai travaillé à l'IRDES. Le sujet date donc d'un certain temps. De plus, la revue exhaustive de la littérature que j'avais entreprise montrait que les préoccupations remontaient au moins aux années 1970 en termes d'études et d'analyses. Le sujet est donc complexe à résoudre car s'il était simple, vu le nombre de personnes qui se sont impliquées sur la question, on l'aurait résolu.

Je ne suis pas très « fan » des termes « démographie médicale », « désertification médicale » parce qu'en réalité, on est à la croisée de plusieurs problématiques. Il y'a d'abord une problématique d'organisation et de service rendu sur les territoires et donc, il s'agit plus d'accessibilité au système de santé que d'une question de démographie seulement médicale. Ce qu'on peut dire, c'est que les enjeux actuels sur cette question sont d'ordre sociétaux et d'aménagement du territoire.

Quand je dis sociétaux, par exemple, quand j'étais à l'IRDES, il était de bon ton à l'époque d'avancer que la féminisation dans le domaine médical était un problème car les femmes travailleraient soi-disant moins que les hommes et que ça accentuerait les problèmes d'accessibilité ce qui est, à mon sens, parfaitement à côté de la plaque. Il s'agit surtout d'effets de génération qui vont bien au-delà de la féminisation de la profession (qui est une excellente chose par ailleurs) et qui concernent l'évolution de la relation des gens avec leur métier, qui s'expriment alors dans le système de santé.

Ce qui était intéressant dans le travail mené à l'IRDES, c'est que là où il n'y avait pas de médecin, on constatait que c'étaient aussi des endroits, où de manière générale, il ne faisait pas spécialement « bon vivre ». Il y avait aussi des facteurs liés à la sélection des gens dans les études de médecine dans les professions de santé. Concrètement,

lorsque l'on sélectionne des gens issus de milieux bourgeois et urbains, il ne faut pas trop s'étonner qu'ils n'aient pas envie de s'installer dans les zones défavorisées, rurales, de banlieues urbaines. Un des principaux facteurs qui fait que vous vous installez dans une zone, c'est que vous en venez.

D'autre part, effectivement, les évolutions de la société font que le modèle paternaliste où « Monsieur travaille et Madame est à la maison ou s'occupe du secrétariat » est un modèle qui vole en éclats. Aujourd'hui, on est dans une configuration où les gens ont envie d'avoir du temps libre. Les facteurs de qualité de vie, de possibilité pour le/la conjoint.e (pas forcément médecin) de pouvoir travailler sur le territoire, que les enfants puissent avoir facilement accès au collège ou au lycée sont également des enjeux très forts qui dépassent largement le système de santé.

Il y a après une question propre à l'organisation des soins, sur le fait que lorsque l'on est tout seul dans son cabinet, c'est compliqué de prendre en charge des patients à situations complexes. Le tissu de professionnels de santé autour d'un médecin est un facteur influençant, pas forcément sur l'installation mais plutôt sur le fait de rester dans une zone donnée, ce qu'on appelle de façon pas très élégante, la « rétention ».

En ce sens, sur les politiques coercitives, et peu importe ce que l'on en pense philosophiquement, les

études démontrent qu'elles sont inefficaces voir contre-productives pour retenir les professionnels sur le territoire au long terme. Sur l'organisation et l'attractivité des territoires, ce n'est pas de la compétence du système de santé, même si c'est un vrai enjeu. En revanche, l'organisation des soins, c'est l'axe que nous investissons. Ce qui peut fonctionner mais sur le moyen-long terme, c'est d'agir sur les conditions de travail, et sur l'organisation des soins en promouvant des modes d'exercices plus en adéquation avec les aspirations des professionnels. Néanmoins, ce sont des actions qui finissent par porter leurs fruits sur un temps qui ne coïncide pas forcément avec celui des politiques.

Il faut tout de même noter qu'il y a eu aussi un certain décalage entre le moment où on a eu des politiques « agressives » sur la démographie médicale, en imposant un *numerus clausus* très bas et le moment de la prise de conscience de ces difficultés d'accessibilité et des solutions à apporter. Pour indication, les premières mesures de réorganisation des soins n'ont été prises qu'au début des années 2010. Il y a un rapport de l'Université de Vancouver datant des années 1980, et sur lequel on s'était appuyé à l'IRDES. Tout était dit ...

Sur cette question et pour conclure, on peut dire que, l'« *Evidence based* » est là et n'est plus à démontrer. La difficulté maintenant, c'est d'avoir des politiques en adéquation, sachant qu'elles mettront 15 à 20 ans à produire leurs effets.

On est sur des enjeux qui sont profonds et de longue durée et il faut s'inscrire dans ces durées là.

RC : QUAND ON S'INTÉRESSE À LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET AUX EXPÉRIMENTATIONS LA CONCERNANT, LES TERMES « ARTICLE 51 » ET « TASK FORCE » RESSORTENT PAR-CI ET LÀ. POUVEZ-VOUS NOUS LES EXPLICITER ?

AT : L'article 51 est un dispositif qui a été introduit par le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale ou PLFSS pour 2018 (voté chaque année – NDLR), et qui avait été soutenu par la CNAMTS, dans le Rapport Chargé Produit avec plusieurs propositions en ce sens. Elles s'appuyaient notamment sur les travaux du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) sur l'innovation et rejoignaient d'autres réflexions au niveau de différentes directions du ministère.

Globalement l'idée est la suivante, aujourd'hui, on a un système de santé qui a été historiquement construit, lors d'une période et sur des fondements qui étaient complètement différents en termes de pathologies. On n'avait pas ou peu de maladies chroniques et l'enjeu concernait la gestion des maladies infectieuses aiguës qui représentaient l'essentiel de la *morbimortalité*. Avec les progrès liés à la performance du système de santé, on a gagné en espérance de vie mais avec plus de maladies chroniques,

de soins coûteux, et avec plus de situations de perte d'autonomie. On a donc des besoins qui résident de moins en moins dans l'intervention ponctuelle et curative mais de plus en plus dans l'accompagnement et dans le suivi de patients à situations complexes. L'enjeu est désormais de faire en sorte que cette prise en charge se fasse dans le milieu de vie des individus et non plus dans les établissements de santé. Le problème, c'est que le système de santé n'est pas conçu pour ça.

Sur un certain nombre de sujets, on se rend compte qu'il ne s'agit pas seulement d'agir sur certains aspects des modes d'organisation (exemple, l'hospitalisation des personnes âgées sans passage aux urgences) mais qu'il s'agit de faire évoluer l'ensemble des organisations. Dans un certain nombre de cas, ça peut se faire mais dans d'autres, comme le système est très régulé, on se heurte à des blocages liés au mode de financement. Par exemple, si je travaille à réduire le nombre de personnel aux urgences, moi, à l'hôpital je perds de l'argent. Je fais donc en sorte d'hospitaliser les gens et je ne suis pas incité à travailler au changement, ni inciter à travailler avec la ville où il manque certaines fonctions de coordination. Dès lors que l'on veut avancer sur les modes d'organisation, on se heurte à des murs réglementaires, en particulier sur les modes de financement qui empêchent l'évolution du système de santé.

Du fait des réglementations, au niveau national, on avait donc

des expérimentations qui étaient très lourdes car il fallait plusieurs phases de validation par décrets, en passer par le Conseil d'Etat, etc... Tout cela prenait déjà 3, 4 ans, sans compter l'évaluation qui n'était pas mise en œuvre. Finalement, les projets n'aboutissaient pas. A côté, on avait des dispositifs en région, qui finançaient plein de projets intéressants mais qui n'étaient pas modélisés sur le plan économique ou quand ils l'étaient, étaient très coûteux car pas conçus pour être passés à l'échelle et qui n'étaient pas évalués.

Il nous fallait donc un système d'innovation, une sorte de matrice d'expérimentations et l'article 51 apporte la réponse à ce besoin. Il permet de faire des expérimentations et de les financer. Là où il fallait un article de loi spécifique on a maintenant une habilitation générique. L'idée est de pouvoir tester des modèles, dans des conditions qui soient les plus proches possibles de ce qui se ferait dans le droit commun et voir si ça ne marche pas, quelles sont les contraintes et les évaluer. On a donc avec cet article, une évaluation systématique.

La Task Force, c'est une équipe d'organisation, une mission qui avait été confiée à Jean-Marc Aubert, pendant ses fonctions au Ministère de la Santé, afin construire les modes de financement de « demain » et de les faire évoluer. Néanmoins là, l'objectif est de faire évoluer le droit commun. D'une certaine façon, ce que fait l'article 51, c'est expérimenter des modèles qui en

suite pourraient être traduits dans le droit commun par le biais des mesures proposées par la Task Force.

RC : QU'ATTENDRE DES NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT AU PARCOURS, À LA QUALITÉ ET SUR QUELLES BASES LES METTRE EN PLACE (INDICATEURS, ETC...) ?

AT : Je pense qu'il ne faut pas trop en attendre. Avant toute chose, il ne faut pas confondre le mode et le montant du financement. Le mode de financement, c'est un retour sur le mode d'allocation des ressources. Il ne faut pas préjuger du mode de financement qui dépend avant tout des ressources disponibles. Quand les ressources sont limitées, le mode d'allocation peut entraîner un certain nombre d'iniquités. Il y a beaucoup de pensées simplistes autour du mode de financement mais pour bien des cas, les problématiques relèvent surtout du montant du financement.

Cela étant dit, historiquement, on sait que dans les systèmes de santé, selon la façon dont on paie les professionnels, ils se comportent de façon différente. Quand vous payez les professionnels à l'acte, vous avez en général plus d'activité produite que dans les systèmes où vous avez un paiement forfaitaire. A l'inverse, dans les systèmes au paiement forfaitaire, vous avez tendance à avoir des problématiques d'accès aux soins. Le mode de paiement des professionnels est donc

devenu un outil de transformation du système, on va faire évoluer les modes de financement dans l'objectif de faire évoluer les comportements (pour plus de coordination, pour plus de qualité, etc).

Nous disposons d'une littérature économique, abondante sur le sujet mais des expérimentations pratiques qui sont souvent très décevantes. La principale chose à retenir, c'est qu'un mode de financement pensé isolément, n'influencera rien du tout parce que ce n'est pas le cœur du sujet. Le véritable enjeu, c'est la congruence entre le mode de financement, le mode d'organisation et la culture des acteurs. Quand vous avez un système d'organisation des soins, qui se base sur un financement à l'acte, c'est parce que le mode de financement à l'acte est compatible avec le niveau technologique, l'organisation et la culture des acteurs.

Typiquement, sur l'organisation de la médecine de ville libérale, le mode de financement à l'acte est globalement plébiscité par les acteurs parce que le paiement arrive en même temps que la venue du patient, c'est plus simple en termes de gestion de trésorerie. Quand vous voulez mettre en place un système de financement forfaitaire avec des acteurs qui ont cette culture, c'est difficile voire impossible. Néanmoins aujourd'hui, on voit apparaître une évolution avec des modes de paiement plus forfaitaires et plus pluriprofessionnelles. Cela a été aussi possible car les acteurs, étaient pour certains d'entre

eux, pour ces types de transformations. Les évolutions des modes de financement ont pour but d'inciter les acteurs à évoluer mais il faut également qu'une partie d'entre eux adhèrent à ces évolutions, y trouvent leur intérêt dans leur mode d'organisation pour derrière faire basculer peu à peu le système vers ces modes d'organisation pionniers.

Sur l'hôpital, les gens ne viennent pas aux urgences car les urgences sont payées à l'acte. Les gens viennent aux urgences car ils estiment à tort ou à raison avoir besoin de venir aux urgences. Après, le fait que le paiement aux urgences soit lié au volume d'activité induit un certain nombre de logiques sur l'organisation des finances des établissements de santé qui sont sources d'un certain nombre de problèmes. Si vous ne travaillez pas sur l'organisation, vous avez beau changer le mode de financement, vous avez assez peu de chance de changer les comportements des acteurs.

Même chose concernant la qualité et les indicateurs. Si la qualité est vécue par les professionnels comme une contrainte externe imposée par les administratifs, vous avez beau définir tous les indicateurs possibles, ça ne sert à rien. Sur la question des indicateurs, il existe généralement un conflit entre le régulateur et le régulé. Par exemple, sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), un certain nombre d'acteurs ont intérêt à avoir des indicateurs qui sont déclaratifs tandis que le régulateur

sera plutôt méfiant et préférera des indicateurs qu'il pourra calculer, vérifier lui-même. En pratique, on perd plus de temps sur les indicateurs que sur la démarche qualité.

Sur l'utilisation d'indicateurs dans les modes de financement à la qualité, ils sont assez répandus et ont une efficacité sur certains aspects mais il ne faut pas résumer les réflexions sur la prise en compte de la qualité dans les modes de financement à cela. Si un outil permet de comprendre et d'interpréter son organisation et qu'on le place sur des enjeux de transparence et de financements, il faut faire très attention parce que derrière, ça peut avoir des effets contre-productifs. Les acteurs se braquent et ne voient plus que les conséquences négatives sans forcément réfléchir sur leur pratique. La première base, c'est la confiance et l'organisation.

Un indicateur, ça éclaire une pratique et on est aujourd'hui collectivement trop naïfs sur les indicateurs de qualité. En effet, si je fais l'analogie avec la démarche médicale, on a dans ce domaine, de nombreux indicateurs. Quand on mesure un marqueur biologique, c'est un indicateur. Cet indicateur, on le mesure parce qu'on sait ce que l'on en attend et derrière, on a des travaux scientifiques qui appuient la conclusion. A contrario, dans le domaine de l'organisation des soins, on a beaucoup d'indicateurs que l'on mesure sans en comprendre l'intérêt. Par exemple, quand on regarde un taux de réhospitalisations aujourd'hui, je ne suis pas sûr

qu'on ait le niveau de compréhension pour l'interpréter et donner les clés aux acteurs pour savoir quand il n'est pas « bon », quelles en sont les raisons et comment réagir. Il y a un réel besoin d'investir sur la compréhension de la « physiologie » du système de santé avec une définition de véritables indicateurs dont on soit certain de la pertinence de mesure.

RC : POUR CONCLURE, QUEL EST VOTRE POINT DE VUE SUR L'AVENIR DE LA T2A AVEC CES NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT DES SOINS ?

AT : L'idée à l'origine de la Tarification à l'Activité (T2A) était de sortir d'un modèle de subventions afin de sensibiliser les établissements de santé à la planification de leurs dépenses, en fonction de leur activité. Avant la T2A, il existait un mode de financement qui s'appelait la dotation globale. Les établissements avaient un mode de financement forfaitaire mais qui évoluait très peu en fonction des besoins de la population. Dans des bassins qui avaient vu leur population augmenter, de part des mouvements démographiques, les établissements concernés qui avaient donc vu leur activité croître ne voyaient pas les financements évoluer en conséquence. Inversement dans les bassins où la population avait diminuée, les établissements concernés étaient alors « surdotés ». L'objectif était donc aussi plus d'équité dans l'allocation des

ressources et je pense qu'il ne faut pas l'oublier.

Cela étant dit, la T2A requiert sur la partie séjour, la capacité à décrire l'activité, et finalement à la modéliser. En chirurgie, c'est quelque chose que l'on sait à peu près faire et d'ailleurs, ça marche globalement correctement parce qu'on a des activités qui sont stéréotypées, que l'on peut protocoliser, avec des actes. Un processus qui est beaucoup plus compliqué en médecine parce qu'on a une activité qui est beaucoup moins prévisible dans son contenu et c'est donc beaucoup plus difficile de fixer des tarifs. Reproduire le modèle de la chirurgie en médecine, où on serait capable décrire l'activité, la planifier, la tarifier, c'est très compliqué, voire impossible.

Parallèlement à cela, la T2A a aussi un effet pervers qui est d'augmenter, inciter à l'activité. Dans certains pays, c'était un effet voulu et recherché, notamment lorsqu'il existait des problèmes avec de longues files d'attente. Dans une logique de régulation où on a une compétition entre les acteurs, ça produit une multiplication de l'activité qui est toujours plus simple à mettre en œuvre que réfléchir sur ses coûts. Cependant, au bout d'un moment, cette multiplication d'activité coûte cher et donc derrière, le coût unitaire du séjour diminue. On arrive alors à une situation où pour un volume d'activité plus conséquent, on gagne autant voire moins en termes de financement. Cela génère de l'incompréhension chez

les acteurs. Le système a donc des limites intrinsèques et il a perdu un peu de son sens, aussi parce qu'on a beaucoup vendu le système en disant aux gens « faites de l'activité, vous gagnerez plus ».

Par ailleurs, quand on parle de financement au parcours en chirurgie, en pratique, au lieu d'avoir un GHS (groupe homogène de séjours) purement hospitalier, on étend la problématique du parcours à des prises en charge avant et après et donc se faisant, on inclut d'autres acteurs, en particulier la ville. Sur la mécanique de construction, la philosophie qui est de dire « je fais un mode de financement prospectif, forfaitaire », on reste sur des choses qui sont assez proches et donc pour des domaines comme la chirurgie, ce n'est pas insurmontable, notamment en promouvant certains modes d'organisations comme la réhabilitation améliorée. On a d'ailleurs des expérimentations en cours menées (PTH, PTG, côlon voire chirurgie bariatrique).

En médecine, on reste toujours sur les mêmes problématiques et d'ailleurs on voit que calculer des forfaits à la pathologie, c'est très compliqué en ville. D'abord parce qu'aujourd'hui, le problème qui se pose, c'est la polypathologie et la dépendance et donc, c'est plutôt artificiel d'isoler une pathologie liée à d'autres. D'autre part, parce que les maladies chroniques concernent des patients qui sont majoritairement à domicile, et donc, si on raisonne exclusivement sur un champ purement hospita-

lier, il nous manque d'une façon variable selon la pathologie, une partie du raisonnement. Il y a donc là à construire quelque chose autour d'une approche plus forfaitaire, bien que ce modèle présente aussi ses inconvénients.

Dans nos propositions en médecine, nous avançons qu'il faut sécuriser les établissements avec un financement forfaitaire populationnel, qui leur permettra de faire évoluer leur organisation sans être focalisés sur la T2A et ses contrôles ... Il faut aussi une base sur l'activité parce que quoi qu'on en dise, il y a beaucoup d'exemples théoriques et pratiques qui montrent que lorsqu'on passe de l'activité à du forfaitaire, on observe une chute de l'activité, ce qui est source de problèmes concernant l'accès au système de santé. De plus, il s'agit aussi de mettre en place des incitatifs de performance, qualité et pertinence qui permettent d'orienter les acteurs dans la bonne direction (par exemple sur la coopération ville-hôpital). A travers ces modèles de financement, on va aussi amener les acteurs à se découvrir parce que bien souvent ils se découvrent, puis à travailler ensemble.

Néanmoins, tout cela aboutit quand même à des systèmes de santé et des modes de financement qui sont de plus en plus complexes. On peut essayer de limiter cette complexité mais comme une grande partie des études sur le parcours sont aujourd'hui possibles parce qu'on a le codage de l'activité via la T2A, si on passe sur un modèle forfaitaire, on

perd de l'information. Aujourd'hui, je suis peut-être capable d'élaborer un forfait car j'ai à disposition l'historique des dépenses liées à l'acte dans tel ou tel établissement mais si dans 5 ans, je n'ai pas de description complète de ce qui se fait dans le forfait, je vais maintenir des écarts entre établissements qui n'ont peut-être (et sans doute), plus lieu d'être, sans pouvoir le justifier. Comment assurer un mode de financement dans ce contexte ?

Il faut bien aussi distinguer ces enjeux de la réponse à la crise actuelle. En particulier, à l'hôpital où celle-ci est aiguë et autour de laquelle, le gouvernement essaie d'apporter des réponses et qui est en partie la résultante d'actions ou d'inactions de longue date. Encore une fois, il faut se méfier des réponses toutes faites pour des problématiques profondes. Entre 2003 et 2012 par exemple, il y a eu 30 milliards d'euros investis, à travers des plans hôpitaux, dans la construction des établissements de santé. C'était nécessaire car le mode de financement précédent, la dotation globale, n'incitait pas les établissements à maintenir leur patrimoine immobilier et ils y avaient des niveaux de vétusté qui justifiaient cet investissement. Or cet investissement-là, la Cour des Comptes l'a pointé, l'ANAP aussi, n'a pas abouti à construire le système de santé de demain. Là où

cet argent aurait pu permettre de promouvoir des établissements qui réfléchissent sur leur place, leur bon développement, il a érigé de « grosses cathédrales », avec plus de plateaux techniques orientés uniquement sur le curatif.

Un des sujets est aussi de renforcer la capacité du système à prendre en charge des patients en ville, sans perspective d'hospitalisation. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il faut écarter l'hôpital mais qu'il faut l'amener à penser la ville dans sa réflexion. C'est pour cette raison que l'on a beaucoup insisté sur les plateaux ambulatoires dans les hôpitaux parce que les compétences, l'expertise et la force de l'hôpital, elles peuvent aussi se mettre au service de patients qui sont dans leur milieu de vie. Les coopérations entre ville et hôpital, c'est aussi réinventer la façon dont on travaille ensemble.

Sur ces sujets, tant que l'on ne les explore pas pour de vrai, sur le terrain, on tient toujours des discours un peu théoriques et hors sol. Il faut aussi un discours sur la méthode de transformation et c'est lorsque l'on vote une réforme sérieuse de transformation que les choses commencent en fait...

Propos recueillis par Romuald Cruchet, ISP à Lyon

INTERVIEW DU DOCTEUR CÉCILE FOURNIER

« Vers un exercice plus coordonné au sein du système de santé »

RC : BONJOUR DR. FOURNIER. VOUS ÊTES MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE ET TITULAIRE D'UN DOCTORAT EN SOCIOLOGIE, POUVEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE VOTRE PARCOURS ET LES ASPIRATIONS QUI L'ONT GUIDÉ ?

CF : J'ai fait mes études de médecine dans les années 1990 et tôt dans mon parcours, je me suis posée beaucoup de questions sur la relation médecin/malade et les relations avec les autres professionnels de santé. Pour le dire de manière un peu caricaturale, au sein des équipes soignantes à l'hôpital, dans la prise en charge de patients atteints de maladies graves, je trouvais que les médecins étaient trop souvent dans un rôle paternaliste et prescriptif, dans lequel je ne me retrouvais pas.

J'ai eu alors la chance de faire un stage dans un service de diabétologie où se développaient des pratiques dites d'éducation du patient, les prémices de ce qu'on appelle aujourd'hui l'Education thérapeutique du patient (ETP). J'y ai découvert de nouveaux types de relations

et de collaborations plus égalitaires entre les professionnels et avec les patients, qui m'ont beaucoup intéressée. En même temps, je me rendais compte que ces pratiques étaient marginales, et je me suis orientée vers la santé publique avec l'idée de les rendre visibles et de les questionner.

J'ai choisi la spécialité de santé publique dans l'objectif d'étudier cette dimension éducative du soin, avec l'intuition que ce qu'il se passait autour de l'éducation du patient était une porte d'entrée susceptible de faire bouger les lignes de la pratique médicale de façon plus globale. J'ai donc construit mon internat autour de cette question, en essayant au fil des stages de combiner différents regards, différentes façons de l'aborder.

Ça m'a par exemple amenée à faire mon premier stage dans un CHU sur la prise en charge des patients drépanocytaires, où se développait cette approche éducative qui m'intéressait. J'ai également effectué un stage dans une unité INSERM de recherche en sciences sociales, parce que je commençais à comprendre que c'était cette approche qui allait m'aider à répondre aux questions que je me posais : pourquoi cette dimension éducative de la pratique se développait-elle ?



Avec quelles transformations dans les interactions entre les soignants et les patients ? J'ai aussi fait plusieurs stages au ministère de la santé, au moment où se mettait en place une réflexion sur l'éducation thérapeutique du patient. Le Directeur Général de la Santé de l'époque, Joël Ménard, cardiologue de formation, s'intéressait beaucoup à cette question, qu'il avait explorée en tant que clinicien autour de l'hypertension artérielle.

Mon dernier stage, je l'ai réalisé au Comité Français d'Education pour la Santé, qui allait devenir par la suite l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) (regroupée désormais avec l'INVS et l'EPRUS pour former Santé publique France). Ça m'a conduite à travailler avec la HAS au moment

de l'élaboration de recommandations sur la structuration de programmes d'ETP.

En parallèle à cet internat, j'ai suivi un parcours de formation théorique avec une licence de promotion de la santé en Belgique, un master 1 de santé publique à Paris-Sud et un master 2 de sociologie à l'EHESS. Avec mon orientation de recherche sur les pratiques éducatives, j'ai été embauchée à l'INPES où j'ai travaillé presque 10 ans, tout en conservant l'envie d'approfondir mes recherches grâce à une thèse de sociologie.

Je constatais que l'ETP, telle qu'elle avait été inscrite dans la loi, s'était retrouvée un peu enfermée dans une approche médicale classique, prescriptive, et qu'elle s'était surtout développée à l'hôpital. Or j'avais toujours l'idée que cette approche du soin pouvait être porteuse de profondes transformations dans la pratique médicale, et je me suis alors rendue compte que dans les soins primaires, de nouvelles manières de soigner étaient en train de s'inventer, en lien avec de nouvelles organisations du travail entre professionnels. J'ai ainsi proposé d'étudier les pratiques éducatives et préventives qui se développaient dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

C'est au Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3) que j'ai pu développer un projet de thèse sur ce sujet, avec une subvention de l'INPES. A cette occasion, le lien

s'est fait avec l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) où je travaille actuellement. L'IRDES menait alors des travaux sur les maisons de santé, au sein d'une équipe comprenant des économistes et des médecins généralistes, à laquelle j'ai été associée pour développer une approche sociologique.

Voilà, c'est à la fois sur des coups de chance et en saisissant des opportunités que s'est construit mon parcours, centré sur des questions concernant la dimension éducative du soin. Ce questionnement s'est ensuite élargi à des questions d'organisation des soins car elles me sont apparues indissociables, il fallait les étudier ensemble ! Dans ma thèse, ça a pris finalement plus de place qu'initialement prévu...

RC : QUELS SONT VOS SUJETS DE RECHERCHE ACTUELS AU SEIN DE L'IRDES ?

CF : Mes recherches s'inscrivent dans la continuité des travaux que je viens de décrire. Je continue à travailler sur les pratiques préventives et éducatives, notamment dans le cadre d'une recherche évaluative sur le dispositif Asalée, dans lequel des médecins généralistes partagent avec des infirmières de santé publique la prise en charge de leurs patients atteints de maladies chroniques, leur dépistage, leur accompagnement et leur éducation.

Plus largement, mes travaux portent sur l'organisation des soins, les transformations des pratiques

et du partage des tâches entre les professionnels de santé. C'est quelque chose que l'on a étudié dans le dispositif Asalée, mais aussi beaucoup dans les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles), et aujourd'hui dans les structures impliquées dans les expérimentations article 51, ou encore dans les pratiques en chirurgie orthopédique. Autour de la chirurgie programmée pour prothèse de hanche ou de genou, il y a de nouvelles pratiques qui associent des infirmières de coordination, en lien étroit avec les chirurgiens et les anesthésistes, avec une réflexion sur l'organisation du parcours et l'accompagnement du patient avant et après l'intervention. On voit que ce type d'organisations, qui repose sur un engagement de l'ensemble de l'établissement mais aussi des soignants de ville, améliore à la fois l'expérience des patients et de leur entourage, la qualité des soins et l'efficacité des prises en charge.

RC : L'EXERCICE COORDONNÉ SEMBLE ÊTRE UNE DES SOLUTIONS LES PLUS PROMETTEUSES POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE. CEPENDANT, LES DIFFÉRENTES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNÉ TARDENT À S'IMPLANTER DE FAÇON EFFECTIVE DANS LES TERRITOIRES. AVEZ-VOUS DES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE À CETTE SITUATION ?

CF : J'ai étudié cette problématique de l'exercice coordonné dans ma

thèse. En réalité, c'est une question qui s'est posée de manière récurrente dans l'histoire du système de santé. Dès l'après-guerre, il y a eu de nombreuses tentatives pour développer ce type d'exercice, tout d'abord dans des centres de santé associatifs ou municipaux, puis au sein de structures libérales comme les Unités sanitaires de base, puis au travers des réseaux de santé, ou encore en réfléchissant à une intégration dite « verticale » entre les soins de première ligne, les soins spécialisés et les prises en charge médico-sociales, jusqu'au développement récent des MSP, et aujourd'hui des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et des expérimentations article 51.

Cette volonté récurrente répond à un besoin, lié notamment à l'accroissement des maladies chroniques et à la complexité des situations médico-sociales. Mais elle se heurte à beaucoup de difficultés parce que l'histoire de notre système de santé fait qu'il est intrinsèquement très cloisonné entre préventif et curatif, entre la ville et l'hôpital, entre professionnels médicaux et paramédicaux, et entre les secteurs médical, médico-social et social... Travailler de manière coordonnée nécessite de s'organiser différemment, à plusieurs niveaux : il s'agit déjà de structurer un collectif de professionnels de soins primaires qui avaient au départ choisi un exercice libéral avec un souhait affirmé d'autonomie, dans la lignée de la Charte de la médecine libérale de 1927. Pour

ces professionnels, reconnaître leur interdépendance et apprendre à travailler ensemble représente un changement culturel important, voire même un choc culturel. Les professionnels peuvent se mettre à partager différemment les tâches de soin au sein d'une équipe et développent de nouvelles pratiques, et notamment une approche de santé publique, collective et non plus individuelle, au sein du territoire dans lequel ils sont installés. Cela nécessite alors de tisser des partenariats avec d'autres soignants et d'autres structures, qu'il faut formaliser pour qu'ils durent dans le temps. Et puis, il faut aussi apprendre à gérer collectivement des budgets et à rendre des comptes aux financeurs.

Les problèmes de démographie médicale et paramédicale sont souvent un déclencheur du souhait de travailler en équipe, pour attirer de nouveaux professionnels et parvenir à maintenir une offre de soin sur certains territoires. Mais structurer le travail en équipe, c'est un travail en soi, qui demande beaucoup de temps. Un temps qui peut manquer justement lorsque la démographie professionnelle est très préoccupante, et ce malgré l'enthousiasme de certains professionnels pour ce type d'exercice coordonné... Cela demande aussi d'acquérir de nouvelles compétences et de s'emparer de nouvelles fonctions, notamment de coordination, de gestion ou de direction, ou alors de s'appuyer pour cela sur de nouveaux professionnels. Des choses qui n'existaient pas jusque-là...

Ce type de structuration de l'exercice coordonné, c'est donc quelque chose qui est recherché parce que c'est un gage à la fois de qualité des prises en charge des patients et d'amélioration des conditions de travail des professionnels, ce qui s'avère crucial dans certains territoires où la question démographique est très prégnante. Et en même temps, c'est un changement de culture, une forme de révolution qui demande un travail collectif avec un investissement important en temps. C'est comme ça que je le résumerais.

RC : VOS TRAVAUX PORTENT BEAUCOUP SUR LES INTERACTIONS ET TRANSFORMATIONS DES PRATIQUES DES DIFFÉRENTS CORPS DE PROFESSIONS DE SANTÉ DANS CES STRUCTURES OU D'AUTRES DISPOSITIFS. POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE QUELQUES MOTS ?

CF : Ces travaux, que j'ai décrits brièvement, s'intéressent à la manière dont se transforme le travail de soin, et notamment dont les professionnels de soins primaires développent une approche de santé publique, qui peut devenir territoriale, interprofessionnelle, voire intersectorielle. Quelles nouvelles tâches, quelles nouvelles manières de travailler ensemble, et puis qu'est-ce que ça nécessite pour que ça devienne possible ?

Pour aborder cela à l'IRDES, on a la chance d'être une équipe pluridisciplinaire. Il y a des économistes,

des géographes, des sociologues, des démographes, des statisticiens, des médecins et toute une équipe de soutien à la recherche. Si on prend l'exemple des MSP, on a par exemple regardé avec les géographes où s'implantaient ces structures : était-ce là où il y avait le plus de besoins ? Ou bien y avait-il des effets d'aubaine pour certains professionnels ? C'était intéressant de voir que les MSP permettent de freiner la désertification médicale dans certains territoires, voire de favoriser l'installation de nouveaux médecins. Avec un abord sociologique, on s'est intéressé aux propriétés des professionnels qui s'engagent dans un exercice coordonné, à leurs motivations, à la nature des pratiques nouvelles, aux organisations qui se créent et aux usages des nouveaux modes de rémunération. Les économistes, de leur côté, étudient l'impact de l'exercice en MSP sur la qualité des soins et des parcours, sur la productivité des professionnels de santé, sur l'efficience des prises en charge.

Ce travail de recherche a pour caractéristique d'être appliqué : il s'inscrit dans une mission d'évaluation des politiques publiques qui permet de construire une expertise, notamment sur l'organisation des services de santé et leur financement. Par exemple, sur les MSP, les pouvoirs publics nous demandent si les politiques incitatives mises en place, et en particulier les nouveaux modes de rémunération proposés, permettent aux professionnels de développer une activité différente. C'est un exercice intéressant, mais

aussi compliqué à plusieurs titres. D'une part, car les disciplines que l'on cherche à articuler sont fondées sur des paradigmes différents. Il faut donc faire un travail pour se comprendre entre chercheurs de différentes disciplines, voir en quels endroits les approches peuvent être articulées, où elles sont complémentaires. D'autre part, car on doit être en mesure de produire des connaissances de manière indépendante, répondant aux critères de qualité de nos disciplines, tout en mettant à disposition des décideurs des données qui vont être utiles à la prise de décision politique. Également, car les calendriers politiques sont souvent contraints, or la recherche sur les questions complexes que nous abordons demande du temps. Ce rôle d'expertise pluridisciplinaire représente un défi et un enjeu important, et c'est pour moi une vraie richesse du travail à l'IRDES.

RC : POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX DE DÉMOCRATIE SANITAIRE, COMMENT INTÉGRER L'USAGER DANS CES STRUCTURES ET DISPOSITIFS DE COORDINATION ?

CF : J'ai eu justement la chance d'encadrer deux jeunes chercheuses dans des travaux portant sur ces enjeux de démocratie sanitaire.

La première, Julie Cachard, soignante, coordinatrice d'un pôle de santé pluriprofessionnel et docteurante en santé publique, a enquêté en quartiers populaires sur les modalités d'intégration des usagers

dans les maisons de santé. Elle décortique en profondeur les motivations des différents acteurs engagés dans des pratiques participatives. Elle montre qu'au-delà de la volonté conjugée des associations d'usagers et des professionnels de santé de s'engager sur ces questions, c'est aussi sur la possibilité d'associer des professions intermédiaires de coordination et de médiation que ça se joue, et que cela nécessite des moyens. Elle montre également que la participation repose sur des dispositifs et montages très fragiles, qui nécessitent un travail entre les financeurs, les professionnels de santé et les représentants qui les fédèrent, ainsi qu'avec les représentants d'usagers. Elle constate d'ailleurs aujourd'hui que ça existe dans certains types de structures et dans des territoires particuliers, majoritairement en quartiers populaires, du fait d'un maillage associatif ancien, de liens existant entre des soignants et des acteurs associatifs engagés, et de moyens financiers spécifiques liés au système de santé et aux politiques de la ville. Or ces conditions, déjà difficiles à réunir en quartier populaire, le sont encore plus dans d'autres types de territoires, ce qui compromet l'intégration des usagers dans les MSP à grande échelle.

En parallèle, Noémie Morize, sociologue, s'est intéressée au partage des savoirs et des pouvoirs entre professionnels et représentants d'usagers dans des MSP. Ce qu'elle observe, c'est d'une part qu'au niveau politique national, la cause de la participation des usagers dans

ces structures est portée à la fois par la Fédération des Maisons de Santé et par France Asso Santé, mais qu'elle reste assez périphérique dans leurs engagements. D'autre part, quand on regarde le travail bénévole développé par des usagers et leurs représentants au niveau local, dans les MSP, on se rend compte que c'est surtout sur des aspects complémentaires au soin qu'ils sont sollicités, comme l'accueil, l'information, la décoration de la maison de santé, des actions de prévention, plutôt que sur la gouvernance de la structure. Quand il y a une répartition des pouvoirs entre professionnels et usagers, elle reste donc extérieure à la clinique... Mais pas toujours au soin, à travers le développement partenarial d'actions de prévention ou de soutien aux malades, par exemple. Et lorsque ça existe, même avec des montages fragiles, la rencontre entre ces deux mondes est riche, et susceptible de faire bouger les lignes !

Il y a ainsi certaines conditions de possibilité, que l'on pourrait favoriser pour étendre ces dynamiques plus largement. Les fédérations de maisons de santé, nationale et régionales, travaillent cette question au travers de formations, de journées d'échange... C'est aussi quelque-chose qui n'est pour l'heure pas réellement impulsé par les décideurs, dans le sens où dans l'accord conventionnel interprofessionnel qui permet de financer les MSP, seuls des indicateurs de mesure de la satisfaction des usagers sont pris en compte. C'est une

première étape, mais on sait que ce n'est pas la même chose de mesurer la satisfaction des usagers, et de permettre à leurs représentants de s'impliquer dans les activités de la MSP...

RC : SUR LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS, COMMENT FAVORISER LA CO-CONSTRUCTION AVEC LES USAGERS ?

CF : Il y a un besoin de reconnaître l'expertise des patients sur leur maladie et l'intérêt de prendre avec eux des décisions concernant leur santé. Il y a en ce moment un mouvement de réflexion plus large sur les savoirs issus de l'expérience des patients, et sur la manière dont ils peuvent mieux s'articuler avec ceux des professionnels et ceux issus de la science, pour nourrir les décisions individuelles et collectives. La HAS y a contribué fin 2019 à travers un colloque sur la construction et le dialogue des savoirs dans le domaine de la santé. Ça se jouera bien sûr dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Il y a aussi des politiques qui soutiennent ces démarches avec par exemple des appels à projets autour de certaines maladies, des dynamiques de co-construction/co-animation de programmes éducatifs, la co-conception de MOOCs pour les soignants et les patients, un travail de recherche sur ce qu'est l'accompagnement à l'autonomie en santé... Il faut continuer à soutenir cela.

En ce moment, l'IRDES évalue un dispositif expérimental piloté par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins d'Ile de France, financé par l'ARS, avec un appui du Pôle de ressources en éducation thérapeutique d'Ile de France. Il s'agit de développer des pratiques d'éducation thérapeutique intégrées aux consultations des médecins libéraux, généralistes et spécialistes. Ce qui est intéressant, c'est que l'expérimentation est co-construite avec des médecins volontaires et des patients-ressources, représentants des usagers. Dans l'évaluation, l'IRDES s'intéressera aux interactions entre ces acteurs pour essayer de comprendre ce qui permet aux médecins d'adopter une pratique donnant plus de place aux patients. On s'intéressera aussi aux perceptions des médecins et de leurs patients concernant les nouvelles pratiques expérimentées.

RC : POUR CONCLURE NOTRE ÉCHANGE, QUELQUES MOTS SUR LES CPTS...

CF : Ce que je constate, sur le terrain, c'est que c'est pensé comme un niveau supplémentaire de structuration en vue d'une meilleure coordination entre tous les acteurs de santé au niveau d'un territoire, donc on est bien dans la même dynamique de développement d'un exercice coordonné. Cependant, c'est aussi un travail supplémentaire qui est demandé aux professionnels appartenant à différentes équipes et institutions dans un délai très rapide, alors même que la

structuration des équipes locales, notamment libérales, leur donne déjà énormément de travail.

Le calendrier est serré et on aurait bien envie de ralentir un peu les choses pour permettre à des collectifs solides de s'engager dans cette démarche, d'acquérir les compétences nécessaires à la réflexion collective au niveau d'un territoire, avec une démarche de santé publique reposant sur un débat démocratique. Il me semble qu'on attend beaucoup des professionnels de santé dans les CPTS, on leur demande d'être très vite opérationnels, au risque de briser des dynamiques locales qui sont

lentes à se construire et qui restent fragiles, dans des zones où en plus la démographie professionnelle est parfois très préoccupante. Il y a ainsi un risque que des acteurs mieux préparés que d'autres prennent le pouvoir sur l'organisation territoriale. Ainsi, les opportunités de réflexion entre les acteurs de santé du territoire ouvertes par les CPTS apparaissent très intéressantes, à condition de disposer de temps et de moyens pour une concertation associant toutes les parties prenantes, y compris les élus et les représentants des citoyens.

Propos recueillis par Romuald Cruchet, ISP à Lyon

ITW DU DR MARINE JEAN-BAPTISTE

“Article 51, l’expérimentation en santé”

SDL : BONJOUR MARINE. POURRAIS-TU RELEVÉ LE CHALLENGE DE NOUS RACONTER TON PARCOURS EN QUELQUES PHRASES ?

MJB: Avec plaisir !

Passionnée par la prévention et l’organisation du système de soins, je me suis dirigée rapidement vers l’internat de santé publique.

Pendant mon internat à Paris, j’ai choisi de faire des stages dans des instances nationales (INPES, HAS, Ministère de la Santé) et de me spécialiser en économie de la santé (stages à l’IRDES, au laboratoire d’économie de la santé de Dauphine ou à la Direction de la Sécurité Sociale (DSS)). J’ai aussi fait deux M2 : le premier « Expertise économique des questions de santé » à Paris-Dauphine et le second « MPH spécialisé en Management et Politiques de santé » à l’EHESP.

Après une expérience de manager dans le conseil en Nouvelle-Zélande, je suis devenue conseillère médicale auprès du sous-directeur du financement du système de santé, à la DSS.

Mon activité, ainsi que celle des internes, au Ministère de la Santé, est très variée : conseil médical et de santé publique pour la direction (sujets relatifs à la prévention, aux professionnels de santé en ville, aux hôpitaux ou à la pertinence), instruction des projets article 51 et pilotage de deux expérimentations nationales (PEPS et PAERPA).¹

SDL : PEUX-TU NOUS EXPLIQUER EN QUOI CONSISTE L’ARTICLE 51 ?

MJB: Le dispositif « 51 », créé par l’article 51 de la LFSS (Loi de financement de la Sécurité Sociale) pour 2018, est un dispositif pérenne d’expérimentations, accessible à tous. Il vise à tester et à évaluer de nouveaux modes d’organisation reposant sur des financements innovants. L’évaluation des expérimentations est ainsi cruciale pour déterminer les organisations et les modes de financement de demain.

Mais l’article 51, c’est aussi une aventure humaine, avec un positionnement très transversal, ce qui est rare dans l’administration. L’idée est d’innover également dans nos modes de fonctionnement, pour

¹ <https://www.peps-na.fr/galerie>
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

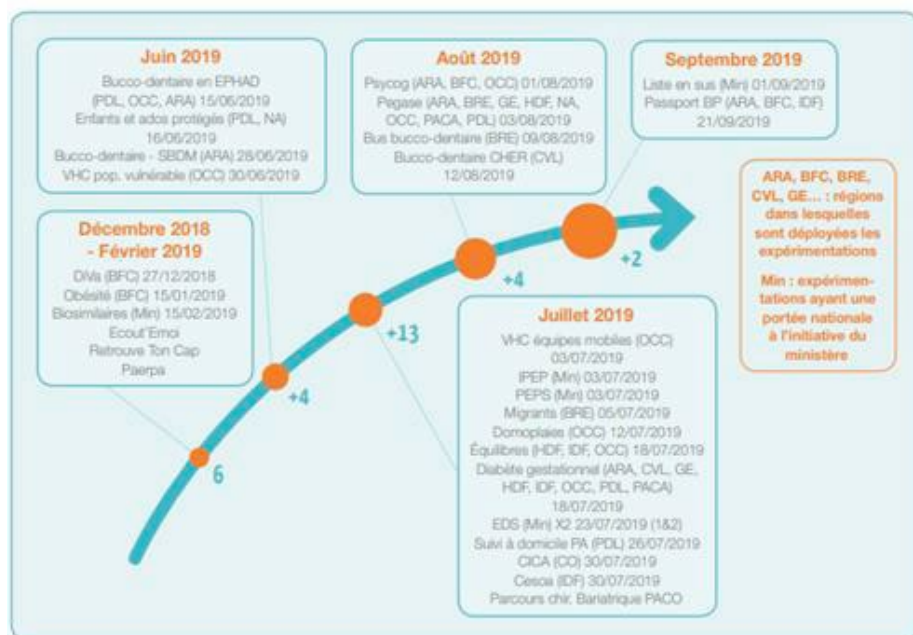


permettre une plus grande fluidité à la fois entre les membres du comité technique pour l’innovation en santé (CTIS), mais aussi et surtout pour faciliter les échanges avec les porteurs de projets, quels qu’ils soient : associations, professionnels de santé, hôpitaux, ARS...

SDL : TU ES PRÉSENTE DEPUIS L’ORIGINE DE CE DISPOSITIF, PEUX-TU NOUS RACONTER LA GENÈSE DE CE PROJET ?

MJB: En 2017, le constat est partagé : le système est trop cloisonné, trop peu enclin à l’innovation, trop sclérosé... Ce système est par ailleurs peu préparé face aux défis à venir, notamment ceux liés au vieillissement de la population.

La DSS a donc eu la charge, en lien notamment avec la DGOS (Direction générale de l’offre de soins), de rédiger cet « article 51 » du PLFSS pour 2018, puis les textes d’application, avec notamment les modali-



tés d'instruction et autorisation des projets.

L'idée derrière ces différents textes a été de laisser à chacun la possibilité de contribuer aux solutions de demain. Il n'y a donc aucun prérequis concernant le statut des « porteurs de projets » pouvant déposer un cahier des charges.

L'instruction, quant à elle, est réalisée par les huit membres d'un comité technique pour l'innovation en santé (CTIS) : cinq directions du Ministère de la Santé (DSS, DGOS, DGS, DGCS, DREES et SGMAS), l'UNCAM représentée par la CNAM et les ARS représentée par l'ARS Ile-de-France. Ce sont ces membres qui formulent un avis sur les cahiers des charges déposés par les porteurs. Pour fluidifier l'instruction des dossiers entre ces huit membres et faire le lien avec les ARS, le poste de rapporteur général du dispositif a été créé. Il est occupé depuis mi-2018 par Natacha Lemaire.

Après une période essentiellement tournée vers la communication et la pédagogie auprès des potentiels porteurs de projets, le dispositif a atteint, depuis mi-2019, un rythme de 6 à 7 projets autorisés tous les mois.

SDL : QUELS ONT ÉTÉ LES LEVIERS ET LES OBSTACLES POUR ARRIVER À CE DISPOSITIF ?

MJB: Ce dispositif a été très soutenu depuis le début, politiquement, mais aussi au sein de chaque direction du ministère et de la CNAM. Cette émulation et cette volonté de faire aboutir un dispositif très ambitieux ont sans nul doute été cruciales au lancement de cette aventure.

Les premiers mois ont pu être frustrants du fait de la difficulté ressentie par les acteurs de s'approprier pleinement le dispositif, ce qui a pu se traduire par un nombre important de dossiers irrecevables

(simple demande de subvention par exemple). Il a fallu faire de la pédagogie pour expliquer ce qu'est l'innovation et ce qu'est l'objectif du « 51 » : faire émerger les modes d'organisation et de financement de demain.

SDL : SUR QUELS ARGUMENTS LES PROJETS ARTICLE 51 SONT RETENUS OU PAS ?

MJB: La recevabilité d'un projet est le premier filtre. Le projet doit se placer dans le champ de la santé et/ou du médico-social, comporter une modification des parcours de soins et/ou des modes de financement et doit utiliser des dérogations au droit commun, c'est-à-dire qu'il ne peut pas pouvoir être réalisable avec les règles de droit existantes.

Le second filtre repose sur le contenu du dispositif proposé. Quatre critères, précisés dans les textes d'application et repris dans chaque avis du CTIS, sont alors systématiquement étudiés : la faisabilité opérationnelle, l'efficacité du dispositif expérimenté, l'innovation apportée et la reproductibilité. Ces quatre critères visent ainsi à n'expérimenter que des solutions potentiellement généralisables.

SDL : QUELLES QUALITÉS POUR TRAVAILLER SUR L'INSTRUCTION ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS ARTICLE 51 ?

MJB: Quelle que soit la place qu'on occupe dans le dispositif, il faut

avoir un goût pour l'innovation et le travail d'équipe, ainsi qu'un bon sens relationnel, car l'instruction est souvent proche d'une co-construction du fait des nombreux échanges avec les porteurs.

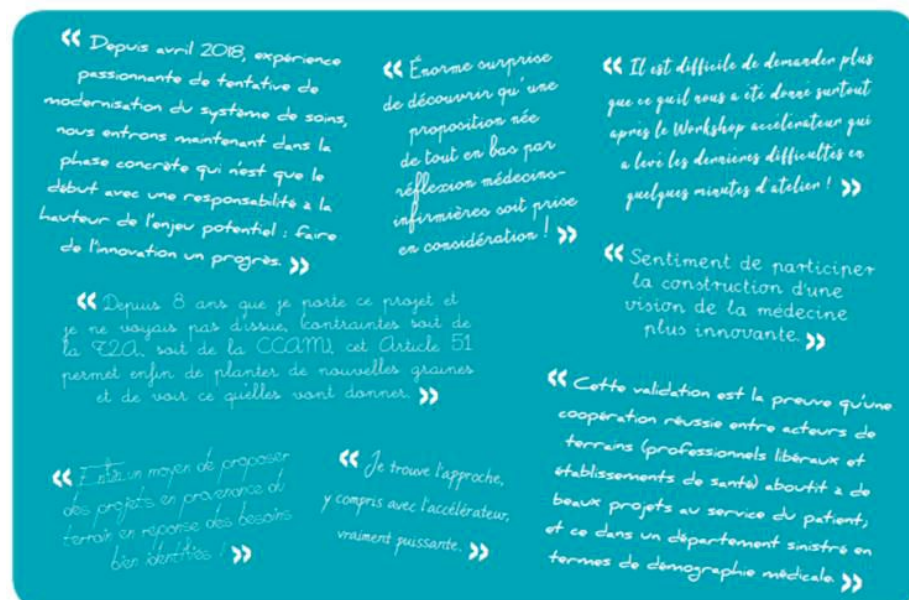
A la DSS, il faut pouvoir discuter et analyser, à la fois, la pertinence des parcours-patients et les modèles économiques proposés par les porteurs. La direction, au cœur du dispositif, donne en effet son avis sur chaque projet et essaie systématiquement d'anticiper les questions posées par une potentielle généralisation. Cela requiert de la rigueur, de la diplomatie et de l'imagination.

SDL : QUEL AVENIR POUR CE DISPOSITIF SELON TOI ?

MJB: Les constats ayant fait émerger le dispositif sont encore d'actualité, ce qui laisse présager de beaux jours au « 51 ». Toutefois, il ne fera véritablement ses preuves qu'une fois les premières généralisations réalisées. En effet, l'objectif n'est pas d'expérimenter pour expérimenter, mais bien de généraliser des modèles évalués et ayant fait leurs preuves.

SDL : SELON TOI, QUELLE EXPÉRIMENTATION TROUVES-TU LA PLUS PERTINENTE POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ? ET POURQUOI ?

MJB: L'expérimentation PEPS (Paiement en équipe de professionnels de santé en ville) !



Cette expérimentation, portée par la DSS et la CNAM, vise à expérimenter une rémunération collective et forfaitaire pour des professionnels de santé en ville (MSP et centres de santé). Fruit d'une co-construction avec des acteurs volontaires, elle répond à une véritable attente de certains professionnels de ville, notamment des plus jeunes, qui souhaitent s'engager dans un renforcement du travail en équipe, en se libérant des contraintes du paiement à l'acte et en gagnant du temps médical.

L'important travail de co-construction a permis d'aligner au mieux les objectifs visés pour les patients (qualité de la prise en charge et accès aux soins), pour les professionnels (conditions de travail et sens du travail en équipe) et pour le système (allocation pertinente des ressources, au plus près des besoins).

La mise en œuvre de l'expérimentation a été lancée mi-2019 pour la vague 1 et début 2020 pour la vague 2.

SDL : CONCERNANT LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE, Y A-T-IL DES OPPORTUNITÉS POUR UN ISP VOULANT S'IMPLIQUER DANS LE DISPOSITIF ?

MJB: Les internes, en fonction de leurs motivations, peuvent avoir leur place partout dans le dispositif.

Ils peuvent bien entendu travailler au sein du dispositif à l'instruction des dossiers (au national ou en ARS), l'accompagnement des porteurs ou encore l'évaluation des projets. Mais, ils peuvent également travailler au sein de structures expérimentatrices, de la conception du modèle, jusqu'à la mise en œuvre : Ministère, CNAM, ARS, associations, hôpitaux, CPTS, URPS, dispositifs d'appui à la coordination, etc.

SDL : UN CONSEIL POUR LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE ?

MJB: Se sentir libre de choisir sa propre voie !

Libre de choisir des stages qui leur tiennent à cœur ! C'est, à mon sens, le meilleur moyen de découvrir sa voie et d'apprécier réellement le sens de ce que l'on fait (et peut faire) en tant que Médecin de Santé Publique.

Libre de profiter de l'internat pour voyager, en utilisant par exemple la possibilité offerte de faire un stage à l'étranger. J'en avais fait un à Bruxelles qui m'a beaucoup appris sur le rôle de l'Union Européenne dans le champ de la santé. Ce projet personnel doit certes être pensé en amont avec votre futur encadrant, mais ça en vaut le coût !

Libre de faire des stages hors subdivision. Par exemple, au Ministère de la santé, on accueille régulièrement des internes venus de la France entière, avec potentiellement des débouchés très intéressants après l'internat.

Abréviations :

INPES : *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*

HAS : *Haute Autorité de Santé*

IRDES : *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*

DSS : *Direction de la Sécurité Sociale*

DGOS : *Direction générale de l'offre de soins*

EHESP : *École des hautes études en santé publique*

UNCAM : *Union nationale des caisses d'assurance maladie*

LFSS : *Loi de financement de la Sécurité sociale*

CTIS : *Comité technique d'innovation en santé*

CNAM : *Conservatoire national des arts et métiers*

MSP : *Maisons de santé pluriprofessionnelles*

URPS : *Unions Régionales de Professionnels de Santé*

CPTS : *Communautés professionnelles territoriales de santé*

SDL : UN PETIT MOT À AJOUTER ?

MJB: La liberté permise pendant l'internat est une très grande richesse pour la spécialité. Elle permet de s'épanouir professionnellement mais aussi humainement ; et je pense qu'il ne faut pas avoir peur d'en profiter et d'innover !

MERCI !

Propos recueillis par Sixtine de Lafforest, ISP à Tours

ITW DE MME CÉLINE LAURENSEN

« Présentation du dispositif RESCORDA : Médiation Santé en Milieu Rural »

RC: BONJOUR MME LAURENSEN. POURRIEZ-VOUS NOUS DÉCRIRE SUCCINCTEMENT VOTRE PARCOURS EN SANTÉ PUBLIQUE ?

CL: Depuis 2006, je travaille pour des ONG médicales sur des programmes d'accès aux soins de santé pour les populations les plus vulnérables. Mon expérience professionnelle a d'abord commencé à l'international avec Pharmaciens Sans Frontières et Médecins du Monde et ensuite, à partir de 2014, en France toujours pour Médecins du Monde. Je suis diplômée d'un DU projet de promotion de la santé de l'école de santé publique de Nancy.

RC: QUELS SONT LES OBJECTIFS PRINCIPAUX DU PROGRAMME RESCORDA ?

CL: L'objectif général du programme est de faciliter et favoriser l'accès aux droits de santé et aux soins de personnes en situation de précarité vivant en milieu rural.

Les **objectifs spécifiques** sont de :

- Repérer et accompagner des personnes en difficulté dans la mise en œuvre de leurs démarches de droits et de soins et faire le relai avec les dispositifs du droit commun.
- Promouvoir la prévention et le dépistage en organisant des journées thématiques de promotion de la santé à proximité des personnes en situation de précarité
- Renforcer le maillage entre les dispositifs sociaux, les professionnels de santé et les autres partenaires par la mise en place d'un réseau permettant une prise en charge pluridisciplinaire, transversale et complète du patient.
- Améliorer la connaissance des caractéristiques de la précarité en milieu rural ainsi que l'état de santé des personnes en situation de précarité et témoigner des difficultés d'accès aux droits et aux soins.
- Recherche de fonds et montage des dossiers de financements
- Recrutement des salariés et bénévoles de l'équipe & formation
- Management et animation de l'équipe
- Suivi de la mise en place des activités du programme
- Organisation et mise en place des actions de plaidoyer, d'évaluation, de capitalisation
- Relation partenaires/bailleurs de fonds
- Travail de liaison avec la délégation régionale et le siège de Médecins du Monde
- Représentation de la structure à l'extérieur

RC: VOUS ÊTES COORDINATRICE DU PROGRAMME RESCORDA, QUELLES SONT VOS PRINCIPALES MISSIONS ?

CL:

- Rédaction des documents projets, analyse des données, rédaction des rapports d'activités

RC: QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRÉCARITÉ EN CONTEXTE RURAL ?

CL: La précarité en milieu rural se caractérise par l'isolement géographique et social des personnes en situation de précarité ; l'habitat est éclaté et dispersé, de nombreuses personnes vivent seules et nous assistons depuis quelques années déjà au désengagement des services publics (réduction et/ou fermeture des permanences physiques administratives, dématérialisation des démarches, restriction des critères de remboursement des bons de transport par la sécurité sociale, diminution des transports en commun...) et au phénomène de

désertification médicale (éloignement de l'offre de soins).

Face à cela, les populations précaires vivant en milieu rural se retrouvent très isolées et contrairement au reste de la population, elles n'ont pas les moyens matériels et financiers de se déplacer de plus en plus loin (plus de la moitié des personnes que nous suivons n'ont pas de véhicule personnel).

RC: QUELS SONT LES MOYENS DÉPLOYÉS POUR REFAIRE LIEN ENTRE LES PERSONNES ET LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

CL: Le métier de médiateur en santé tend à créer ou re-crée le lien entre les personnes isolées et le système de santé notamment au travers d'une démarche « d'aller-vers » ces populations (déplacement du médiateur vers les personnes, permanence dans les villages, visites à domiciles, intervention dans des lieux de vie...) et d'accompagnement humain de proximité dans le parcours de soins.

RC: CE PROGRAMME A-T-IL VOCATION À ÊTRE ÉTENDU À D'AUTRES TERRITOIRES ?

CL: Au sein de Médecins du Monde, un autre programme de médiation en santé en milieu rural a vu le jour en 2016 dans la Haute Vallée de l'Aude en région Occitanie.

Ce type d'action (médiation en santé en milieu rural) a vocation à être essaimée sur d'autres territoires en dehors de Médecins du Monde. La capitalisation du programme sous forme de mallette pédagogique en accès libre sur internet peut contribuer à l'essaimage d'un tel programme. <http://legroup-ess.org/mdmsante>

Propos recueillis par Romuald Cruchet, ISP à Lyon

INTERVIEW DU DR. LUCILE VERCOUTÈRE

« La Ville de Valence et sa
Maison Relais Santé »

RC : BONJOUR DR. VERCOUTÈRE. AVANT TOUTE CHOSE, DITES-NOUS-EN UN PEU PLUS SUR VOTRE PARCOURS, VOTRE EXERCICE EN TANT QUE MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE, À LA VILLE DE VALENCE...

LV : Je suis médecin généraliste de formation de base mais, avant même la fin de mon internat, j'ai réalisé un DU de Santé Publique et Communautaire à Nancy coordonné à l'époque par le professeur Philippe Deschamps. Ensuite, mes expériences de remplacement en médecine générale et premiers postes en PMI, en centre de planification, en centre d'examens de santé m'ont confirmé que c'étaient bien les missions de santé publique qui m'intéressaient.

J'ai intégré une première fois la ville de Valence, pour la mise en place à l'époque, de l'Espace Santé Jeunes en direction des jeunes étudiants et des jeunes en recherche d'emploi. Dans mon parcours professionnel, j'ai également travaillé quelques années à l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) et je suis titulaire d'un DU en addictologie. Je

me suis aussi intéressée à la thématique des personnes âgées/ personnes en situation de handicap au département de la Drôme. Après cette expérience au département, je suis allée à Reims comme médecin directeur du Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de la ville pendant 9 ans. Je suis revenue à Valence en 2016, au poste que j'occupe actuellement comme Directrice de la Santé Publique.

Quand je reprends mon parcours, j'ai beaucoup été impliquée sur les débuts et la mise en place de projets ou dispositifs de santé publique. Ce qui fait continuité dans celui-ci, c'est la volonté de travail en équipe, la sollicitation de compétences multidisciplinaires au sein de la structure et avec les partenaires et surtout une attention portée aux publics les plus fragiles et en difficulté.

RC : EN TANT QU'INTERNE, NOUS SOMMES TOUJOURS UN PEU PERDUS ENTRE LES DIFFÉRENTS STATUTS EXISTANTS POUR UN MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE. VOUS ÊTES MÉDECIN TERRITORIAL, POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS SUR CETTE MODALITÉ D'EXERCICE ET COMMENT Y ACCÉDER ?



LV : Il existe 3 statuts de médecin fonctionnaire, le médecin de la fonction publique hospitalière, le médecin de la fonction publique d'Etat et le médecin de la fonction publique territoriale. Dans la fonction publique territoriale, on retrouve donc les collectivités (communes, départements, régions).

Les postes de médecins qui existent à ma connaissance dans la fonction publique territoriale sont plutôt dans les communes et les départements, mais aussi désormais dans les agglomérations ou les métropoles. Sur les postes en tant que tels, il y a d'abord les médecins de PMI qui sont les plus nombreux. Viennent ensuite les médecins de structures type Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ou de Centre de Santé si ces services sont portés par la collectivité, ou bien les médecins qui travaillent en direction des personnes âgées/ personnes en situation de handicap, ou encore des postes de coordination ou de direction comme le mien à la Direction



de la Santé Publique de la Ville de Valence.

L'accès peut se faire par recrutement sur un contrat, généralement sur un CDD initialement qui peut évoluer par la suite. Pour être titularisé, il y a un concours à passer, composé d'une épreuve écrite et d'un oral devant jury mais qui n'a pas lieu tous les ans. Ce que l'on peut ajouter, c'est que de plus en plus, on peut être médecin au sein d'une collectivité sans être titularisé.

RC : EN 2013, LA VILLE DE VALENCE A PORTÉ CET ESPACE NOVATEUR ET UNIQUE QU'EST LA MAISON RELAIS SANTÉ, SUR QUELLES BASES CE DISPOSITIF A-T-IL VU LE JOUR ?

LV : L'historique le plus ancien que j'ai retrouvé sur la création de la Maison Relais Santé (MRS) remonte à 2009. Un groupe de travail s'est constitué, réunissant à la fois des représentants d'institutions (ARS,

ex Conseil Général de la Drôme, le Centre Hospitalier de Valence, l'Hôpital Privé Drôme Ardèche, ...) et un certain nombre de réseaux de santé et associations d'usagers du système de santé (Ligue contre le Cancer, AFD Diabète, France Rein, ...).

Ces différents acteurs s'accordaient autour de la création d'un lieu ressource pour que les usagers trouvent des informations, du soutien, qu'ils puissent être orientés vers les bons acteurs et rencontrer, échanger avec de malades porteurs de maladies chroniques pairs. Un lieu aussi où les associations pourraient échanger et partager leurs expériences, leurs savoirs et leurs compétences entre elles ou bien encore un lieu où les professionnels de santé pourraient se tourner, pour appui à la prise en charge de leurs patients porteurs de pathologies chroniques. C'est le point de départ avec une demande forte des associations.

Ensuite, en 2012, ce projet s'est vu conforté dans le premier Contrat Local de Santé (CLS) de la Ville, avec une fiche action clairement dédiée sur la création d'une Maison Relais Santé. Elle a été inaugurée un an plus tard.

Aujourd'hui, elle se trouve confortée par le CLS 2ème génération 2019-2023. J'ajouterai qu'elle est également confortée par les chiffres, les statistiques et taux de prévalence de certaines maladies chroniques qui sont supérieures à Valence par rapport au reste de la région Auvergne-Rhône-Alpes ou à d'autres villes de plus de 30 000 habitants. Les maladies concernées sont les ALD pour cancers, maladies cardio-vasculaires, affections psychiatriques et affections respiratoires.

L'objectif général de la MRS aujourd'hui, est bien dans celui porté dans notre nouveau contrat local de santé, à savoir, celui de « bien-vivre avec sa maladie chronique »...

RC : QUELS ACTEURS PARTICIPENT À SON FONCTIONNEMENT ? QUELLES SONT SES MISSIONS ?

LV : À ce jour 23 associations d'usagers, 3 réseaux de santé et 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) participent à la MRS. On y retrouve représentées de nombreuses maladies chroniques du diabète à l'insuffisance rénale, en passant par des maladies moins fréquentes comme la maladie de Huntington, ou bien encore des ma-

ladies psychiques avec un groupe d'entraide mutuelle pour les personnes souffrant de pathologie psychique.

La MRS est coordonnée par une infirmière à temps plein mise à disposition par l'hôpital, et l'appui de l'équipe de la Direction Santé Publique de la ville. Nous sommes réunis dans les mêmes locaux.

Sur les missions, on a d'une part l'accueil individuel de personnes qui seraient perdues dans le parcours de soins ou nécessitant du soutien dans leurs démarches par l'infirmière coordinatrice de la MRS. D'autre-part, il y a un objectif de favoriser les rencontres entre les pairs, que ça soit entre des personnes malades chroniques ou incluant des personnes de l'entourage de malades chroniques (les aidants). Et aussi, de favoriser les rencontres avec des membres d'associations de malades chroniques. Pour ces derniers points, on retrouve notamment, à côté des rencontres individuelles, des événements plus collectifs comme des rencontres de groupes, des conférences, des ateliers d'activité physique adaptée (APA), des ateliers cuisine, etc...

En prenant l'exemple de l'année 2019, la MRS a permis un peu plus de 3000 rencontres dans toutes ses formes (individuelles, en groupes, conférences) incluant 113 actions collectives qui ont été organisées au sein de celle-ci.

RC : EN QUOI CE DISPOSITIF EST-IL INNOVANT EN TERME D'ORGANISATION EN SANTÉ TERRITORIAL ?

LV : Il y'a trois aspects à aborder sur ce point. Tout d'abord, c'est dans le fait de donner plus de place aux associations de malades et à l'entourage que réside l'innovation.

D'autre part, elle se trouve aussi dans cette volonté de mettre l'accent sur la prise en compte de la maladie chronique dans la Cité (au sens *latin* du terme - *NDLR*). La MRS est effectivement clairement située en cœur de ville, avec un lieu dédié, identifié comme étant pôle ressource pour les malades chroniques. C'est volontairement hors les murs de l'hôpital que cet espace a été voulu...

Un autre aspect d'innovation, qu'il me semble pertinent de souligner, c'est la dynamique transversale pensée dans ce dispositif. En effet, même si une maladie chronique possède ses spécificités propres, l'ensemble de celles-ci partagent des caractéristiques dans la prise en charge et la prise en compte des malades qui font la pertinence de les aborder transversalement. On le constate par exemple dans la vingtaine de séances d'activité physique adaptée qu'on a mise en place, avec un groupe constitué de malades de différentes maladies chroniques. En incluant des malades de pathologies psychiques en plus des malades de pathologies physiques qui restreignent les mouvements, l'attention a surtout été portée sur l'entraide entre les personnes, et la

valorisation de celle-ci. On pourrait citer aussi l'exemple des ateliers cuisine, où chacun prend soin de penser aux contraintes de l'autre. Cette diversité promue au sein des activités est un élément de satisfaction témoigné par les personnes.

Ces 3 aspects peuvent faire défaut dans les programmes d'Education Thérapeutique de Patient (ETP) qui se rapprochent le plus de ce qui est fait à la MRS, mais qui sont organisés autour d'une pathologie unique.

RC : QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES POUR MONTER ET MAINTENIR CE TYPE DE DISPOSITIF ?

LV : Pour le monter, il s'agit surtout de mettre en place la dynamique de projet, trouver les bons partenariats et les financements...

Je m'étendrais un peu plus sur le maintien car c'est plus notre actualité, ça demande quand même des moyens financiers, des moyens humains et des locaux. Il faut donc trouver un montage qui puisse être pérenne. C'est la première difficulté.

La seconde, à laquelle on pense moins, mais qui nous, nous préoccupe tout au long des années, c'est la fragilité des associations de malades. Les bénévoles qui les font vivre sont très sollicités et souvent très impliqués mais il ne faut pas oublier qu'ils sont eux-mêmes porteurs de pathologies chroniques. Cela constitue une réelle fragilité dans la continuité et depuis la création de la MRS, il y a certaines asso-

ciations qui ne fonctionnent plus et de nouvelles qui ont vu le jour. C'est une difficulté supplémentaire dans le fonctionnement de ces associations de pairs vis-à-vis de celui des associations « classiques » ...

Cela amène aussi à penser la façon dont on appuie ces associations pour les inclure dans la démocratie participative à laquelle on fait souvent référence ces derniers temps. Cela nécessite de soutenir, de former les bénévoles pour qu'ils puissent être force de propositions dans les projets. C'est une fragilité mais une richesse aussi...

RC : POUR FAIRE UN PEU LIEN JUSTEMENT, NOUS ENTENDONS DE PLUS EN PLUS PARLER DE « PATIENTS EXPERTS » DE LEUR MALADIE CHRONIQUE, VOUS AVEZ EN PARTIE RÉPONDU MAIS QU'AJOUTERIEZ-VOUS SUR LEUR PLACE AU SEIN D'UNE STRUCTURE COMME LA MRS ?

LV : Pour la MRS, je connais deux personnes qui ont suivi les formations nécessaires. Le premier intervient très régulièrement sur la thématique du diabète au sein de l'association française des diabétiques (AFD) et une seconde qui termine sa formation sur les thématiques de santé mentale. C'est une compétence que je ne connaissais pas avant de prendre ce poste de direction à Valence et avant de voir vivre la MRS.

Aujourd'hui, ces patients experts interviennent dans les animations collectives en fonction des thématiques. Ils interviennent dans les journées de dépistage par exemple (notamment pour le diabète), avec une parole et un regard pertinent pour le public. Ils ont vraiment un rôle à jouer et qui va prendre de l'ampleur car ce regard, cette parole est de plus en plus recherchée, et pertinente pour les malades et leur entourage...

La question qui se pose sur ce statut, c'est la rémunération. À ce jour, ce n'est pas prévu mais ça pourrait être une réflexion à mener pour les années futures.

RC : POUR CONCLURE NOTRE ÉCHANGE, QUELS CONSEILS DONNERIEZ-VOUS À UNE COLLECTIVITÉ QUI SOUHAITERAIT MONTER SA PROPRE MRS ?

LV : Un projet comme celui-ci doit avant tout se penser sur la base de l'organisation présente sur le territoire, des besoins identifiés, des demandes éventuelles ainsi que des opportunités qui peuvent se présenter. A Valence, l'opportunité était, lorsque la MRS a été pensée, une demande forte des associations de malades et la volonté de l'hôpital (le CH de Valence - *NDLR*) de donner une place plus importante aux associations d'usagers, c'est sur cette base qu'est né le projet.

Sur les questions du montage du dispositif et des locaux, cela sera d'abord fonction des spécificités territoriales. Là-dessus, on peut no-

ter que depuis la création de notre MRS en 2013, d'autres acteurs et/ou dispositifs ont émergés. On pense naturellement à l'essor des programmes d'ETP mais aussi l'apparition d'une nouvelle forme de structuration territoriale de l'offre de santé avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) appelant une véritable réflexion sur l'articulation ville-hôpital.

A Valence, il n'y a pas actuellement de CPTS mais s'il y en a une un jour et il y a des dynamiques qui se mettent en place, il serait bien que la MRS soit impliquée dans un tel dispositif. Notre démarche se ferait donc alors, à l'inverse vis-à-vis d'une ville qui voudrait mettre en place un dispositif type MRS, pensé au sein d'une CPTS, où elle s'attacherait alors à regarder les forces en présence, aux niveaux des soignants de ville, des soignants hospitaliers, des associations et de la place de la collectivité...

Propos recueillis par Romuald Cruchet, ISP à Lyon

Pour aller plus loin...

- Le Contrat Local de la Ville de Valence 2019-2023 : <https://www.valence.fr/fr/re-decouvrir-la-ville/ville-solidaire/actions-en-faveur-de-la-sante/le-contrat-local-de-sante.html>
- Valence, une Ville-Santé de l'OMS : <http://www.villes-sante.com/villes-du-reseau/valence/>

DESCRIPTION DES CENTRES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION DE SANTÉ

Cet article a pour but de mettre en évidence quelques exemple de réponses en terme d'offre de soins dans la réduction des inégalités sociales et territoriales en Guyane.

Le contexte guyanais

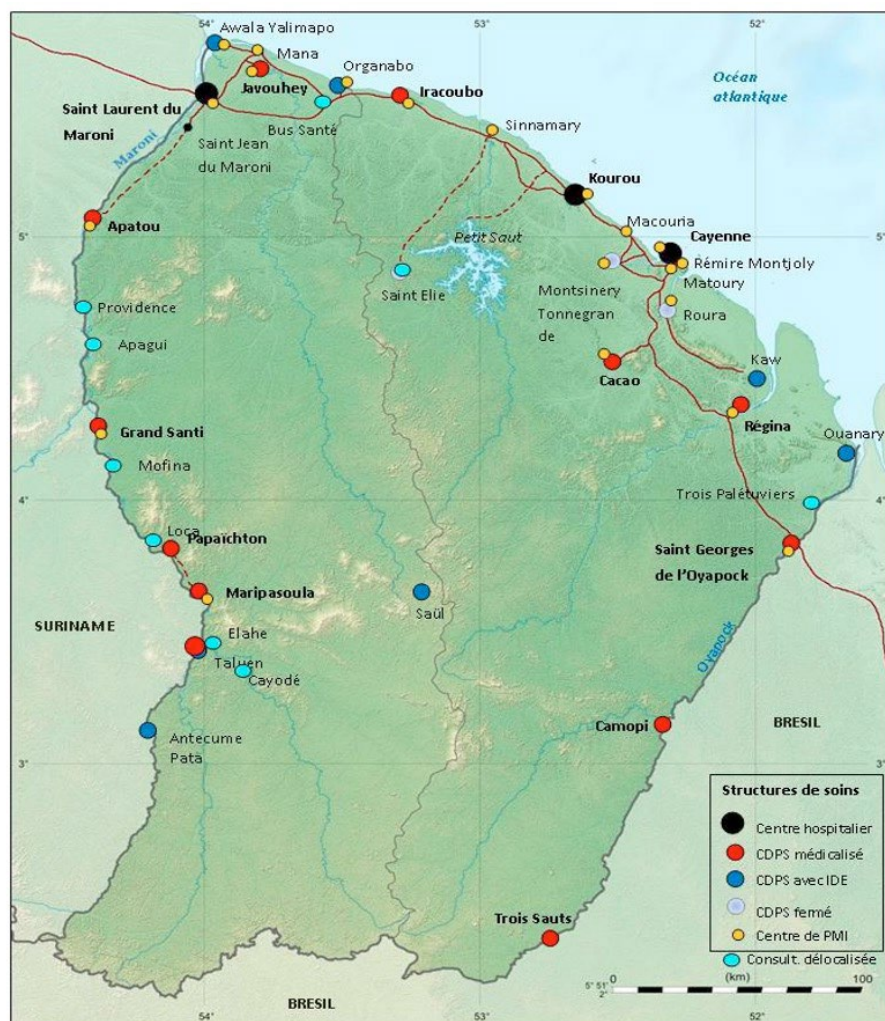
La Guyane, territoire français d'Amazonie, est bordée par l'Atlantique au Nord, frontalier du Suriname à l'Ouest et du Brésil à l'Est. Les frontières sont fluviales et sont incarnées par les fleuves Maroni à l'Ouest et Oyapock à l'Est.

Avec une superficie de 84 000 km² équivalente à celle de l'Autriche, la Guyane est la région française la plus vaste, et 95% de son territoire est occupé par la forêt amazonienne. La densité de population y est faible, environ 292 000 habitants estimés en 2020 concentrés majoritairement (à 90%) sur le littoral ; le reste de la population se répartit à "l'intérieur du territoire", essentiellement le long des fleuves frontaliers.

La croissance démographique est élevée, avec un taux de natalité de 26% en 2018 et une immigration soutenue : près de 30% de la population est d'origine étrangère, en provenance principalement du Brésil, du Suriname et d'Haïti. Il existe plusieurs points de contrôles

policiers permanents à l'intérieur du territoire : routiers au niveau d'Iracoubo et de Régina, aérien entre Maripasoula, Saül et Saint-Laurent-du-Maroni. Ces check-point réduisent évidemment l'accès au littoral pour les personnes non régularisées vivants sur les fleuves, et donnent tout son sens aux problématiques guyanaises d'accès aux droits en santé et d'accès aux soins.

La population guyanaise présente une espérance de vie à la naissance plus faible qu'en métropole de deux ans, le taux de mortalité prématurée y est plus élevé (230 vs 180/100000 hab) avec un tiers estimé de décès évitables (lié au comportement, les accidents notamment), écart qui tend cependant à diminuer. Les pathologies chroniques cardiovasculaires et cérébrovasculaires sont en pleine émergence au sein d'une population par



ailleurs exposée à un risque infectieux plus élevé qu'en métropole mais en diminution (paludisme, infections sexuellement transmissibles, tuberculose, histoplasmosse, fièvre Q, parasitoses digestives, ...), et à un risque environnemental important (activité d'orpaillage et imprégnation mercurielle, saturnisme). En parallèle, la densité de professionnels de santé est inférieure à celle de la métropole et ce, particulièrement dans l'intérieur de la Guyane.

L'intérieur du territoire

Les communes de l'intérieur se caractérisent par leurs difficultés d'accès et par la diversité culturelle de leurs communautés : Bushinengés, Amérindiens, Brésiliens, Créoles, Hmongs, Haïtiens, Européens. On dénombre une quarantaine de langues dont une vingtaine sont parlées par au moins 1% de la population. Plus de deux tiers des enfants ne parlent pas français avant leur scolarisation.

Alors que les transports aériens, terrestres et maritimes sont bien développés sur le littoral, de nombreuses communautés de l'intérieur, à Maripasoula, Camopi ou encore Trois-Sauts restent relativement isolées. Si la pirogue y est un moyen de transport répandu, cela implique tout comme l'avion ou l'hélicoptère (pour les urgences sanitaires) une logistique, un coût et un temps important pour les habitants. À cela s'ajoute un réseau électrique et hydraulique parfois dysfonctionnel, et une couverture

par le réseau téléphonique français partielle en dehors des grandes agglomérations. Tout ceci pose de réels problèmes sanitaires pour le personnel de santé au sein de ces communautés, en terme de gestion du matériel, de logistique, de conservation des médicaments et des prélèvements, mais également pour la mise en place de systèmes informatisés et d'accès à l'information, dans un contexte de turn-over et de non préparation du personnel à ces conditions d'exercice. Ces conditions particulières soulignent aussi de fait la moindre représentativité de ces populations au sein des enquêtes épidémiologiques.

Des populations isolées géographiquement, précaires sur le plan socio-économique et environnemental, multiculturelles, en situation transfrontalière et avec des difficultés d'accès aux droits, en pleine transition épidémiologique ; l'ensemble de ce portrait souligne les problématiques majeures de santé publique en terme de réduction des inégalités sociales et territoriales en Guyane, qui figurent dans les objectifs du Projet Régional de Santé 2018-2028, notamment pour certains indicateurs de santé comme la sensibilité à la prévention et à l'accès aux soins primaires.

Les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins CDPS : Interview de Paul Brousse, médecin de santé publique, et coordonnateur des CDPS pendant sept ans.

BONJOUR DR. BROUSSE. POUVEZ-VOUS ME PARLER DE VOTRE PARCOURS, ET DE COMMENT VOUS EN ÊTES ARRIVÉ À COORDONNER LES CDPS DE GUYANE ?

P.B. : "J'ai exercé pendant 28 ans au CHU de Briançon avec la double casquette médecine polyvalente-santé publique, en plus de quelques compétences en médecine tropicale-VIH, et en anthropologie. J'ai occupé plusieurs postes ; chef de service, de pôle, président du CME, médecin du DIM que j'ai participé à mettre en place en 1989. Puis les réformes hospitalières et les crises s'aggravant, je me suis mis en contact avec l'ARS de Guyane afin de changer de perspective, pour finalement prendre mes fonctions de coordonnateur des CDPS en 2013. Et depuis, je me suis éclaté ! Actuellement, je suis revenu quelques semaines en aide aux CDPS en attendant la prise de poste d'un nouveau coordonnateur, et j'en profite pour reconstituer un historique des CDPS, mais en réalité je suis à la retraite !"

COMMENT SONT NÉS LES CDPS ?

P.B. : "Dans l'après guerre, en 1946, se sont mis en place dans les ter-

ritoires de l'intérieur de la Guyane 21 centres de santé Polyvalents, plus ou moins indépendants, ayant une activité curative, préventive et sociale.

Piloté par le CHC (Centre Hospitalier de Cayenne), un Département de Centre de santé fut créé en 2003 par le Pr. Félix DJOSSOU, regroupant les centres de santé préexistants qui furent renommés CDPS ou Centre Délocalisés de Prévention et de Soins. Ce Département est devenu par la suite le Pôle des CDPS."

COMMENT SONT-ILS ORGANISÉS ?

P.B.: "Le Pôle des CDPS est composé actuellement de 17 centres qui réalisent un maillage du territoire, et d'une cellule centralisée à Cayenne, responsable de la coordination. Huit centres sont accessibles par la route, dix par pirogue, cinq par avion.

L'équipe se compose de :

- 2 médecins coordonnateurs, 17 médecins généralistes et spécialistes, 5 sages-femmes, 4 cadres de santé
- 9 logisticiens, 2 assistantes sociales, 48 infirmier.es, 21 aide-soignant.es et agents de services, 11 secrétaires, 2 coursiers, 2 médiateurs

L'organisation de l'activité diffère selon chaque centre, en adéquation avec les besoins et la structuration des communes.

Huit centres sont médicalisés en continu (H24), 9 centres en discontinu, c'est-à-dire qu'un médecin est présent quotidiennement, ou quelques jours dans la semaine, voire pour certains une fois par mois.

Plusieurs centres proposent des consultations délocalisées régulières dites "hors les murs" dans les villages isolés des alentours.

Des consultations de spécialistes des hôpitaux de Cayenne et Saint-Laurent du Maroni sont organisées une à deux fois par an.

Pour illustrer, nous pouvons prendre l'exemple de la commune et ville de Maripasoula, qui possède un bourg relativement peuplé, un service postal, scolaire et un CDPS médicalisé en permanence. En périphérie se trouvent plusieurs villages parfois très isolés, comme Talhuen (à 1h de pirogue) au sein duquel une présence médicale est assurée sur place, ou comme Antécum Pata (à environ 3h de pirogue), pour lequel un.e infirmier.e est d'astreinte en permanence. Ces deux villages bénéficient régulièrement de consultations "hors les murs" par des équipes médicales et paramédicales."

QUELLES SONT LES MISSIONS PORTÉES PAR LES CDPS ?

P. B.: "Les CDPS sont la réponse du système de santé en Guyane en termes d'offre sanitaire au sein des communes de l'intérieur, au vu des

particularités d'accès aux droits et aux soins des populations.

Ils représentent une offre de soin hospitalière gratuite, adaptée et délocalisée, chaque CDPS étant à considérer comme une structure hospitalière miniaturisée rattachée au CHC.

Il faut bien comprendre que, sans oublier les activités des associations en santé, les CDPS sont souvent les uniques acteurs avec les PMI, en terme d'offre de soins de ces communes, qui ne comportent généralement pas d'offre libérale. Leurs activités sont multiples et répondent à trois thématiques principales ;

L'itinéraire de santé du patient, qui comprend l'activité classique curative ou préventive, mais également les problématiques d'accès aux droits et d'accès aux soins. La question du transfert, de l'accueil et de l'hébergement des patients à Cayenne en cas de besoin est dans ce contexte de première importance, ainsi que l'organisation du retour en commune par la suite. Enfin sont également pris en charge les soins palliatifs et la gestion des décès dans les communes.

L'offre de service, qui regroupe l'organisation du maillage territorial et de la qualification des centres en fonction des besoins, la logistique de transport du matériel, de recrutement, d'hébergement des professionnels, la gestion du biomédical et de la pharmacie.

La santé publique, pour laquelle les CDPS ont pour mission de répondre en termes notamment de médiation culturelle, de veille sanitaire, de recherche et de coopération internationale.

L'ensemble des activités proposées est accessible gratuitement pour les patients, et ce indépendamment du statut migratoire ou de l'accès aux droits de santé. Et nous avons en parallèle mis en place une permanence de la Caisse Générale de Sécurité Sociale au sein des deux principaux CDPS, dédiée à l'information et à l'aide à l'ouverture de droits pour les usagers."

EN QUOI PROPOSENT-ILS UNE OFFRE DE SOIN INNOVANTE EN SANTÉ PUBLIQUE ?

PB : "Outre toute cette organisation, on peut citer deux grands exemples : la télémédecine et l'équipe mobile de santé publique.

En termes de télémédecine, nous pouvons mettre en avant la biologie à travers le technicage des prélèvements de routine, qui s'appuie sur un système de biologie médicale entièrement délocalisée. Des automates réalisent ionogrammes, NFS et CRP directement sur place, puis s'en suit une validation à distance par un biologiste du CHC, ce qui permet des résultats très rapides ne nécessitant pas le déplacement de matériel ou de personnel spécialisé.

Par ailleurs, nous avons mis en place le logiciel SISV2 pour le recueil de données centré sur l'identité du patient. Rudimentaire, il possède cependant une base commune à tous les CDPS, et surtout il permet une saisie sans connexion internet."

L'équipe mobile de santé publique : Interview à Mélanie Gaillet, doctresse en santé publique et responsable avec Lise Dudognon, infirmière, de la coordination.

L'ÉQUIPE MOBILE DE SANTÉ PUBLIQUE, C'EST QUOI ?

M.G : "L'EMSPEC ou Équipe Mobile de Santé Publique En Commune a été créée en 2019. Nous sommes financés à 80% par l'ARS et 20% par le CHC. Nous sommes constitués d'une équipe de coordination infirmier-médecin basée au CHC, et de trois binômes infirmier.e ou sage-femme et médiateur.ice, positionné.es sur différents secteurs : l'Oyapock (Saint-George), le Moyen et Bas Maroni (Grand Santi) et le Haut Maroni (Maripasoula). Ces binômes sont issus de partenariats avec les associations de médiateur.ices locaux tels que la DAAC ou ADER."

QUELLES SONT VOS MISSIONS, ET POUVEZ-VOUS ME DONNER DES EXEMPLES DE PROJETS PORTÉS PAR L'ÉQUIPE ?

M.G : "Bien sûr ! Nous avons vocation à répondre aux objectifs de santé publique des CDPS, notamment en termes de prévention et promotion de la santé. Nos missions sont déclinées en cinq axes d'intervention.

La description de l'état de santé, qui concerne la production, le recueil, le traitement et la valorisation des données des CDPS, notamment en consolidant les dispositifs de veille sanitaire. La recherche est au cœur de notre activité, les CDPS faisant partie intégrante du Pôle de Santé Publique et de Recherche du CHC, et plus largement apportant une aide logistique, matérielle, voire en ressources humaines aux différents projets de recherche. C'est notamment le cas du projet de recherche COVISAL du CHC, qui évalue la faisabilité et l'acceptabilité du prélèvement nasopharyngé versus salivaire dans la détection du SARS-COV-2, pour lequel le Centre de Maripasoula participe aux inclusions.

La prévention et la promotion de la santé, par le développement d'outils de communication et de projets en santé communautaire. Notre spécificité et notre force est d'avoir placé la médiation en santé au centre de nos actions, en partenariat avec les acteurs associatifs locaux. Notre prochain projet en cours de construction portera sur la prévention en milieu scolaire en matière de consommation d'alcool auprès des enfants, le projet pilote se fera au collège de Saint-Georges de l'Oyapock.

Formation et accompagnement des équipes, ceci par l'organisation d'enseignements réguliers et l'amélioration des outils de formation, comme la rédaction et la diffusion de protocoles sur les pathologies et les prises en charge spécifiques au territoire. Le projet portant sur les addictions comportera un volet dédié à la formation des professionnels de santé pour la prévention et la prise en charge de celles-ci.

Le soutien et le développement de la coopération transfrontalière

Il existe deux projets phares menés en coopération avec l'état d'Amapa (Brésil) : le projet OCS (Oyapock Coopération Santé) qui vise à diminuer les IST, les grossesses non désirées et les violences faites aux femmes, et le projet "Pirogue Binationale de Santé" pour améliorer l'accès aux soins côté Brésilien, favoriser la coopération entre les CDPS et les centres de santé brésiliens, et développer des perspectives d'interventions pour le Réseau Périnatal de Guyane.

Concernant le Suriname, des accords de partenariats internationaux ont été mis en place pour la prise en charge des urgences médicales, et un projet de coopération dans le cadre du programme amazonie PCIA sur tout le Maroni permettrait la prise en charge des patients de l'Ouest guyanais par le Suriname en terme de chimiothérapie, dialyse et cardiologie interventionnelle, offre de soins actuellement indisponible dans cette région.

Et pour finir, un axe **soins et prise en charge spécifiques**, qui concerne la structuration du parcours de soins notamment sur la question des maladies chroniques en émergence, des soins palliatifs, et la gestion des épidémies."

En ce qui concerne l'avenir des CDPS : Point de vue de Paul Brousse, médecin coordonnateur»

QUELS SONT LES GRANDS PROJETS À VENIR POUR LES CDPS ?

P.B : "En termes d'accès aux droits, le défi actuel est la prise en charge des transports fluviaux tels que la pirogue par la CGSS. Ces transports représentent un coût allant de 15 euros sur le Maroni, à 70 voir 200 euros le long de l'Oyapock, et représentent un frein majeur en terme d'accès aux soins.

En termes d'hébergement des patients sur Cayenne dans l'attente de retour dans leur commune, une Maison hospitalière est prévue pour 2022, qui permettra de diminuer la durée moyenne de séjour de ces patients (actuellement 25 lits hospitaliers par jour sont occupés sans indication médicale).

Un des objectifs est également la poursuite du développement de la télémédecine, avec notamment la valorisation des rétinographes permettant la réalisation de fond d'œil validés à distance par un ophtalmologue, la mise en place de télé-échographies pour le suivi des grossesses, et de téléconsultations."

Perspectives et santé communautaire

Les CDPS et leur Équipe mobile de santé publique apportent une réponse innovante au sein du système de santé français en terme de réduction des inégalités sociales et territoriales. Ils proposent un maillage hospitalier adapté au territoire, des actions ajustées en fonction des besoins des communautés et en étroite collaboration avec la recherche. Leur force réside dans l'intégration de la médiation en santé au coeur de leurs actions, ainsi que dans le développement de coopérations transfrontalières. En améliorant l'accès aux droits et aux soins, en permettant de mieux décrire l'état de santé des communautés précaires et ainsi en adaptant l'offre de soins et de prévention, ils placent la question d'équité en santé au coeur de leur réflexion.

Ce réseau doit encore faire face à de nombreuses problématiques telles que la forte croissance démographique, la couverture du réseau téléphonique insuffisante pour le développement de la télémédecine, le turn-over important des équipes, la consolidation de l'évaluation et de la valorisation de ces actions.

En développant la qualification de ces centres, les CDPS ont également à anticiper une évolution de leur offre de soins, notamment concernant la mise en place de la tarification des ayants droits, pour permettre l'installation d'une offre de soins libérale, et un éventuel redéploiement de leurs compétences

vers les nouvelles zones précaires de Guyane, à savoir les zones péri-urbaines en constitution.

À travers plusieurs projets adaptés aux besoins des populations (et en association avec les acteurs locaux) se dessine dans l'offre de soins en Guyane une volonté de plus en plus marquée de non seulement "Aller vers" les populations locales, mais également de prendre en compte un "Retour de" ces mêmes populations, notamment à travers le Réseau Périnat qui est un acteur majeur et dynamique de la santé communautaire en Guyane. Cette inscription dans une logique participative en santé n'est d'ailleurs pas sans rappeler la politique de santé publique québécoise au sein des communautés autochtones de ces dernières années, et l'équipe mobile de santé publique des CDPS collabore à l'international avec des acteurs québécois sur ces thématiques, notamment dans la construction du projet sur les addictions.

SOURCES

Site de l'INSEE

<https://insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-973>

Nacher M. Santé globale et Guyane : étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(2-3):33-42. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/2020_2-3_1.html

Atlas des populations immigrées en Guyane, 2006.

Apollinaire Anakesa. (2019) "Les Bushinengé- Nèg Mawon de Guyane" <https://hal.univ-antilles.fr/hal-01969598/document>

Léglise, I. (2017) "Les langues parlées en Guyane : une extraordinaire diversité, un casse-tête pour les institutions." Langues et Cités n°29, 2-5.

Projet Régional de Santé Guyane 2018-2028 <https://www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028>

Projet de l'équipe mobile de santé publique, 2019.

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui ont participé à cet article, notamment le Dr. Mélanie Gaillet, Lise Dudognon et le Dr. Paul Brousse pour les multiples réponses qu'ils m'ont apportées, le Dr. Cyril Rousseau pour ses conseils, et merci particulièrement à Yann Lambert pour sa relecture et ses critiques.

ITW DE LOUISA PORTE : CLISPRO 2020, UNE VERSION DÉMATÉRIALISÉE

VINCENT MAX : BONJOUR LOUISA ET MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS. PEUX-TU TE PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ?

Louisa Porté : Bonjour Vincent, je m'appelle Louisa Porté. Initialement j'ai suivi un internat de médecine générale pendant 2 ans. Puis je me suis tournée vers la santé publique. Je suis actuellement en 6ème semestre à Strasbourg. De surcroît, je suis en Master 2 Santé publique et risque environnementaux.

VM : LE CLISPRO S'EST TENU POUR LA PREMIÈRE FOIS DE SON EXISTENCE EN FORMAT WEBINAIRE. QU'AS-TU PENSÉ DE CETTE EXPÉRIENCE ? QUELS SONT LES POINTS POSITIFS QUE TU VOIS À CE FORMAT ? ET LES POINTS NÉGATIFS ?

LP : C'était mon tout premier CLiSPro. Ce format en ligne m'a permis de ne pas me déplacer de mon canapé, pas de frais de transport ou logement non plus. Et j'avoue que c'est bien pratique. Après du coup il n'y avait pas le côté convivial avec les retrouvailles entre internes ; pas non plus de traditionnel restaurant, soirée ou découverte de la ville d'accueil mais le confort du chez soi pour compenser. J'ai trou-

vé que le format en ligne permettait de s'exprimer facilement. Les intervenants ont également su s'adapter à ce format en ligne, en proposant par exemple l'utilisation de sites ou logiciels d'aide à la communication.

VM : L'UNE DES PLÉNIÈRES TRAITAIT DE LA COMMUNICATION EN SITUATION DE CRISE. TROUVES-TU QUE C'EST UN ÉLÉMENT SUR LEQUEL LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE DEVRAIENT ÊTRE DAVANTAGE FORMÉS ?

LP : Oui, je trouve que c'est un sujet qui doit être davantage abordé pendant l'internat, surtout au vu de la conjoncture actuelle. Nous vivons dans un monde où les situations de crise se font de plus en plus fréquentes du point de vue climatique, sanitaire ou encore sociétal. Aussi, pour un futur médecin de santé publique, se former à la communication en temps de crise est primordial.

VM : MÊME QUESTION CONCERNANT LA SECONDE PLÉNIÈRE, DONT LE THÈME ÉTAIT ÉTHIQUE ET E-SANTÉ.

LP : Je n'ai pas pu participer à cette plénière. Mais je trouve que c'est un thème intéressant à aborder. En effet comme pour la thématique pré-



cédente, l'évolution du monde dans lequel nous vivons fait que nous y serons forcément confrontés. Ces dernières années ont été riches en innovations informatiques et cela va continuer. Nous avons assisté dernièrement à l'informatisation croissante du système de soins, au développement du big data, à l'apparition du dossier patient informatisé... Toutes ces innovations montrent à quel point il est important pour un médecin de santé publique de réfléchir sur la question de l'éthique de la e-santé dans l'optique de protéger toujours plus les patients et de respecter le secret médical qui est une valeur très importante en France.

**VM : POURRAIS-TU NOUS
PARLER DES ATELIERS QUE
TU AS SUIVI ET CE QUE TU
EN AS PENSÉ ?**

LP : J'ai suivi les ateliers « Animer une réunion » et « Vulgarisation scientifique ».

L'atelier sur l'animation d'un groupe de parole a su s'adapter très bien à la « contrainte » de la visio, la présentation du site Framemo.org était vraiment adaptée. Le système des post-it ou de la présentation succincte de chacun par le biais des personnages a su nous mettre en confiance. J'ai trouvé que chaque participant a pu s'exprimer et participer à l'élaboration de l'atelier. Ce travail de groupe à distance était très intéressant. Les différents enjeux de la participation de chacun au sein d'une réunion ont pu être abordés et discutés ensemble.

L'atelier sur la vulgarisation scientifique a su montrer les difficultés liées à cet exercice.

La discussion avec l'intervenant a permis de sensibiliser à l'enjeu de cette question : comment s'adapter à son public, choisir le bon angle pour traiter un sujet. Cet atelier était une bonne entrée en matière et m'a donné envie d'en apprendre davantage notamment sur les différentes techniques pouvant être utilisées pour attirer l'attention de l'auditeur et faciliter sa compréhension.

**VM : ENFIN, GLOBALEMENT,
QU'AS-TU PENSÉ DU CLIS-
PRO 2020 ?**

LP : J'ai pu acquérir de nouvelles compétences. Le choix des intervenants était adapté aux sujets. Finalement j'ai trouvé que la participation des uns et des autres était bien agencée. Les temps d'échange avec les intervenants ont su enrichir les discussions.

Le CAISP a aussi permis de mettre en valeur le travail de 4 internes, les questions posées par le jury ont permis de comprendre le rôle que chaque interne a eu dans la mise en place et la réalisation de son projet.

Finalement le fait d'être derrière un écran a peut être facilité la participation des internes.

**Propos recueillis par Vincent
MAX**

PROFILS DE PRÉVALENCE HPV PAR ÂGE

Profil de prévalence HPV par âge : Introduction d'une méthode de classification de trajectoires binomiales à effets mixtes

En Santé, il est courant d'analyser des mesures répétées longitudinales. Pour l'Human Papillomavirus (HPV), les prévalences d'infection génitales peuvent être représentées par âge et par localisation. La probabilité d'infection à HPV dépendant du comportement sexuel, classer les trajectoires HPV par localisation est pertinent pour identifier des profils latents de comportements. Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des données biologiques, un outil de classification de trajectoire binomiale autorisant de l'hétérogénéité est développé puis appliqué sur des données de trajectoires HPV.

Une version classifiante d'un algorithme EM est créée et l'hétérogénéité est prise en compte par une méthode de classifications basées sur un modèle binomial en ajoutant des effets aléatoires liés au temps. Le choix du nombre de groupe se fait sur des statistiques d'adéquations du modèle aux données et

de pertinence clinique. Des simulations sont implémentées pour valider l'algorithme et le comparer par rapport au modèle sans hétérogénéité. L'algorithme est ensuite appliqué sur les données de prévalence HPV de 29 localisations.

Les simulations ont montré une meilleure proportion de trajectoires bien classées avec le modèle prenant en compte l'hétérogénéité. Pour l'application, le modèle à effets aléatoires retient une classification à 2 groupes de trajectoires typiques retrouvant des différences concernant le nombre de partenaires au cours de la vie ainsi qu'à l'âge de la première grossesse.

Les simulations ont validés les capacités de l'algorithme à effets aléatoires. La prise en compte de l'hétérogénéité change les résultats de classification obtenus et permet d'identifier, par groupe, des comportements sexuels différents cliniquement pertinents.

RECUEIL EN TEMPS RÉEL DES VŒUX ET CHOIX D'INTERNAT APRÈS LES ECN

Recueil en temps réel des vœux et choix d'internat après les épreuves classantes nationales et élaboration d'une solution de visualisation des données accessible en ligne pour les étudiants : Obvie, de l'idée à l'application

INTRODUCTION :

Le Centre National de Gestion met à disposition des étudiants en médecine ayant passé les épreuves classantes nationales un portail virtuel nommé CELINE leur permettant de consulter leur classement au concours et formuler leurs vœux d'affectation en troisième cycle. Notre objectif était de fournir à ces étudiants un outil visuel d'analyse en temps réel des vœux d'affectation pour mieux se positionner selon leur classement.

METHODES :

Nous avons collecté les classements des étudiants ayant participé à l'ECNi 2019, et le nombre de postes d'internat ouverts par ville et spécialité. Nous avons ensuite élaboré un outil scripté nous permettant de récupérer à tout instant les vœux d'affectation formulés par les étudiants sur CELINE et de les stocker dans une base de données. Nous avons enfin regroupé et analysé ces informations dans une solution applicative Shiny en libre accès.

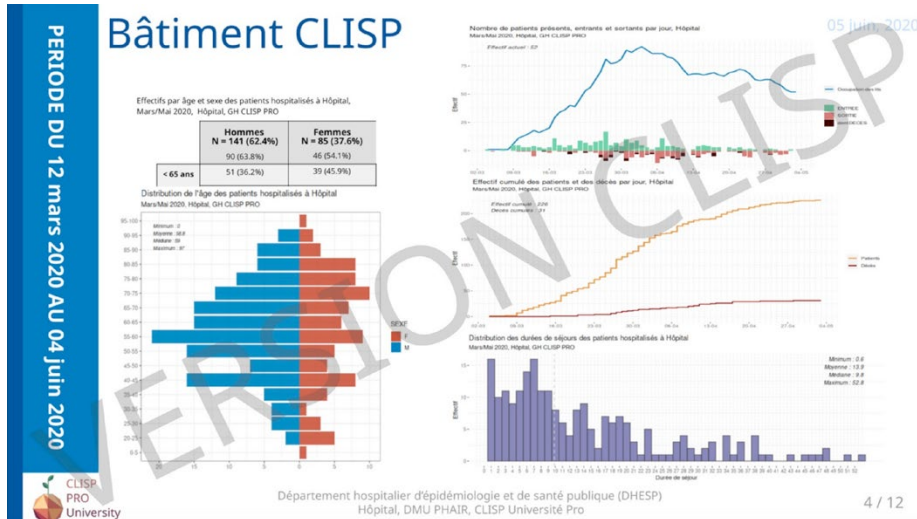
RESULTATS :

Les vœux d'affectation ont été observés bi-quotidiennement durant toute la période de vœux, et les choix définitifs toutes les 5 minutes durant la période de choix. Ces séries temporelles nous ont permis d'accompagner les étudiants dans leurs choix durant l'été. Les publications Obvie sur les réseaux sociaux Twitter et Facebook ont atteint jusqu'à 10 000 personnes.

CONCLUSION :

Ce projet illustre la versatilité des compétences des internes de santé publique et leur capacité à mener des projets pertinents, de l'idée à l'application concrète, dans une temporalité contrainte. Obvie relancera son application pour les ENCi2020 et étendra son activité à de nouveaux horizons.

ELABORATION D'UN OUTIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'AIDE À LA DÉCISION



A l'échelle de cet hôpital princeps il est généré 3 fois par semaine. Le temps de travail pour obtenir ce tableau est de 20 minutes.

Ce tableau de bord permet d'avoir des informations sur l'épidémiologie départementale et régionale (consultations aux urgences et hospitalisations) ; des données hospitalières globales (âge, sexe, entrées, sorties, durées de séjours) et par services ; descriptions des décès et parcours de soins.

INTRODUCTION

Un tableau de bord est un outil d'aide à la décision économique et managériale. Celui-ci communique de manière claire, concise et efficace des informations tactiques ou de performances.

Le recours à cet outil dans le système de soin permet d'adopter une vision stratégique et de s'adapter, d'anticiper des phases de contraintes et de développements.

OBJECTIFS

L'objectif de ce travail était de créer un tableau de bord au niveau d'un établissement hospitalier en période COVID-19.

Cahier des charges : apporter des informations pertinentes et synthétiques. Etre généré régulièrement et aider à la décision médicale et administrative.

RÉSULTATS

Un tableau de bord a été déployé à l'échelle d'un hôpital puis plusieurs de ses composantes ont été adaptées et étendues au groupe hospitalier.

CONCLUSION

Cet outil synthétique et dynamique permet la visualisation en temps quasi-réel de l'épidémie hospitalière de COVID-19. Il permet l'anticipation et des développements à courte échéance. Il a été très favorablement accueilli par le médical et l'administratif.

FRENCH URINARY TRACT INFECTION IN HEALTHCARE FACILITIES

French Urinary Tract Infection in Healthcare Facilities: a 5-year historic cohort 2014-2018.

BACKGROUND:

Urinary tract infections (UTI) are common and include very various infections: cystitis, acute pyelonephritis (APN), prostatitis or kidney abscesses. UTIs can lead to hospitalization in acute care settings and a substantial UTI amount is also hospital-onset UTIs. The incidence of UTIs in France remains unknown. The purpose of this study was to estimate the national incidence of UTIs in acute-care settings in France, via an automated hospital discharge algorithm built from the French hospital discharge databases (HDD: French DRG F-DRG), used as a tool for detection and epidemiological purposes.

MATERIALS/METHODS:

An historic cohort of adult patients with UTIs hospitalized in France was performed using the national HDD 2014-2018. Hospital stays with at least one ICD-10 code of UTI were selected via the F-DRG algorithm built by a multidisciplinary team (ID specialists, urologists, clinical epidemiologists). The performance parameters were calculated

by reviewing 952 medical reports as gold standard (470 cases/452 non cases according to the F-DGR definition), blindly by physicians in charge of the patients. The national incidence rate was estimated after adjusting on the predictive positive value (PPV =70 %) of the case definition.

RESULTS:

From 2014 to 2018, 2,083,973 acute UTIs were hospitalized in France giving an adjusted incidence rate of approximatively 900 cases/100,000 inhabitants, stable over the period, higher in female and increasing with age, and of whom 1,2% were device associated UTIs. Acute cystitis represented almost 2/3 of the cases (63.5%); followed by APN (23.6%) and prostatitis (12.4%). 1,601,571 patients had at least one comorbid condition. The most frequent were metabolic disease (diabetes mellitus and obesity) 12.0%, cancer and chemotherapy 11.3%.

CONCLUSIONS:

With a validated algorithm, this national cohort study is the first to date to estimate the incidence of hospitalized UTIs in France and their characteristics. UTIs, even if not severe, are very common, representing a substantial burden of care. Further analyzes will provide data for more informed goals-of-care discussions and may help target hospital UTIs surveillance and prevention, especially in device-associated UTIs.

PROPOSITION DE LECTURE

Proposition de lecture sur le thème des expérimentations et nouvelles organisations en santé publique (liste non exhaustive)

RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ

Ce rapport, publié en décembre 2019, fait un bilan de la première année d'expérimentation de l'« article 51 ».



À travers l'exemple du patient-type pour chaque projet, on découvre son parcours mais aussi l'illustration des modèles de financement et des dérogations possibles. Les trois grandes thématiques pour ces premiers projets sont les pathologies

chroniques, l'accès aux soins et la santé bucco-dentaire.

Vous découvrirez la volonté du dispositif de « bouger les murs », de transformer, d'utiliser de nouvelles méthodes de travail. Pour cela l'équipe nationale 51 a mis en place un espace de co-développement : l'accélérateur !

Cet espace de travail, en collaboration avec « co-design it » une équipe de facilitateurs, accompagne et fait avancer les projets en rassemblant autour de la table les porteurs et les pouvoirs publics.

Je vous encourage à jeter un coup d'œil à l'annexe 2, « Les cartes d'identités », pour voir la diversité des projets validés.

Pour finir cette synthèse du rapport, je termine sur une phrase de l'édito de Natacha Lemaire, rapporteure générale de ce rapport : « L'article 51, c'est donc faire confiance à toutes les expertises, à tous les talents. »

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article_51_2019.pdf

MONTER ET FAIRE VIVRE UNE MAISON DE SANTÉ

Édition 2015 de Pierre De Haas
Collection : Partage d'expériences

« Dans cet ouvrage, l'auteur décortique le mécanisme de la construction d'une maison de santé à partir de quatre expériences récentes. Après une présentation des parties prenantes, il détaille les six briques porteuses de l'édifice : approche territoriale, dynamique d'équipe, montage juridique, financement, immobilier, projet de santé et projet professionnel. Il développe ensuite toutes les facettes du fonctionnement de la structure et trace les perspectives de ce mode d'exercice. »



Figure 17 : L'esprit 51 et l'accélérateur en sketchnote

UN AUTOMNE EUROPÉEN DE SANTÉ PUBLIQUE VU PAR UN INTERNE LYONNAIS

INTRODUCTION :

Lors des mois de novembre et décembre 2019 se sont tenus deux événements européens de santé publique susceptibles d'intéresser les internes de santé publique du continent : la **Conférence européenne de santé publique** (EPHC pour *European Public Health Conference*) à Marseille et la **Réunion du réseau des internes de santé publique européen** (EuroNet MRPH pour *European Network of Medical Residents in Public Health*) à Utrecht (Pays-Bas). J'ai eu la chance de pouvoir assister à ces deux événements, et je vais vous raconter comment se sont passées mes toutes premières expériences de congrès européens.

MARSEILLE

L'EPH Conférence s'est tenue du 20 au 23 novembre 2019 à Marseille, elle est co-organisée par l'Association européenne de santé publique (EUPHA pour *European Public Health Association*) et la Société Française de Santé Publique (SFSP). Le premier jour était celui de la pré-conférence (seul temps francophone de la conférence), dont le thème principal était « Quatre images de la santé publique », les quatre thèmes étant l'accès aux soins des étrangers, l'habitus, le big data et la santé à l'échelle des villes. Le

thème de la conférence principale était « *Building bridges for solidarity and public health* ». Comme tout congrès de ce type, elle se divisait en séances plénières, ateliers, rencontres réseautage et visites de posters sur des thématiques extrêmement variées telles que la migration, la santé mère/enfant, les pathologies chroniques, la santé environnementale et la santé au travail. Plus de 1 400 personnes ont participé à cet événement, de provenance principalement d'Europe et d'Afrique du Nord.

Pour cette édition, en France, les internes de santé publique sont venus en nombre : 15 à 20 internes issus des quatre coins de la France hexagonale et ultramarine ont fait le déplacement. Nous avons aidé le CLiSP à tenir leur stand sur l'espace dédié à la SFSP et nous avons aussi participé au journal francophone de la conférence à travers nos tribunes « En interne ». Cette édition a aussi été l'occasion pour nos internes de briller : citons par exemple l'atelier d'Antoine Deslandes (interne à Paris) qui a fait une présentation sur les femmes trans migrantes parisiennes ou le poster de Laetitia Leuci (interne à Dijon) sur la promotion de la santé à travers la bande dessinée. On ne le dira jamais assez : #NosInternesOntDuTalent !



L'épreuve du feu concernant un premier grand congrès européen est double. Le premier défi est de parvenir à l'immersion dans l'ambiance d'un congrès et ses échanges, plus ou moins formels, à voix basse pendant une séance plénière, à voix haute entre deux croissants pendant les pauses café ; oser se lancer, aller vers l'autre, prendre la parole et garder le contact pour poursuivre par courriel les discussions commencées dans le Palais des Congrès du Prado. J'ai fait l'agréable constat que toutes les personnes avec qui j'ai eu la chance d'échanger étaient très accessibles, quel que soit le poste ou la position qu'elles occupaient. Le second défi est de parvenir à cela dans une langue qui est tout autre que notre langue maternelle : commencer ses phrases en français, y mettre

quelques mots d'anglais, et finir en espagnol, tout en essayant de trouver une notion équivalente à ce qui se fait en France afin qu'un homme italien et qu'une femme kazakhe voient de quoi l'on parle. Oser se lancer même si l'on cherche ses mots, oser formuler et reformuler des phrases malgré l'accent et les fautes évidentes de grammaire/syntaxe, le plus important étant de se faire comprendre de son interlocuteur. Ce second défi était probablement le plus difficile à relever, épuisant intellectuellement mais extrêmement stimulant, il permet de franchir un cap.

Je profite de cette tribune pour féliciter l'EUPHA et la SFSP pour l'organisation mais aussi le CLiSP qui m'a aidé à participer à cette conférence, opportunité sans laquelle je ne serais jamais venu à Marseille. Je fais également une dédicace à l'accueil chaleureux d'EUPHANxt (*EUPHA next generation*), le réseau des jeunes étudiants et alumni de l'EUPHA.

La prochaine conférence européenne de santé publique sera combinée au Congrès Mondial de Santé Publique (WCPH pour *World Congress on Public Health*) en octobre 2020. Il aura lieu en ligne au vu du contexte épidémique actuel.

UTRECHT

Na (après) de conferentie in Marseille, twee weken (deux semaines) later zit ik in een KLM vliegtuig (avion) op Lyon Saint-Exupéry luchthaven (aéroport) ; ik ben heel enthousiast, omdat (parce que) ik naar Utrecht in Nederland ga: het is mijn eerste (premier) EuroNet meeting! (Merci encore à l'application Duolingo pour ces 3 semaines de pratique intensive en néerlandais).

Organiser cet EuroNet meeting à Utrecht n'est pas une coïncidence, c'est un centre névralgique de la santé publique néerlandaise : en effet, la ville héberge une des trois écoles de santé publique du pays, elle est le siège de l'EUPHA (évoqué plus haut) et le *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu* (Institut national de la santé publique et environnementale) se trouve dans la province d'Utrecht, à Bilthoven.

Ce séminaire a donné une vision locale de la santé publique, en la comparant avec nos systèmes respectifs de nos pays d'origine. La principale chose que j'ai retenue est le rapprochement permanent qui est fait entre les internats de santé publique, de médecine du travail et de médecine légale : en effet l'internat de « Médecine Sociale » est divisé en trois branches aux Pays-Bas : « Société et Santé » (qui contient entre autres la santé publique et la médecine légale), « Médecine du Travail » et « Médecine Assurantielle ». L'intervention la plus marquante de ce séminaire est incontestablement celle de Pieter, le médecin légiste qui raconte une semaine type, avec comme fil rouge la recherche de la cause du décès d'un des patients qu'il a à prendre en charge. Ce fil rouge était entrecoupé de rendez-vous divers durant lesquels ils est amené à apporter

son expertise dans des domaines aussi variés que la toxicologie, la traumatologie et la victimologie.

Le programme social de cette virée néerlandaise était à la hauteur du programme pédagogique : les soirées, les longues discussions, les échanges sur nos internats respectifs et nos conditions d'exercice, le tout autour d'un délicieux *pannekoek*, cette spécialité locale de pancake sucré ou salé. Les membres d'EuroNet MRPH ont été accueillants pour ce qui a été ma première expérience auprès d'eux. On se sent rapidement intégré, ce qui m'a conforté dans mon idée de faire partie du Bureau européen 2020 de l'association en tant que trésorier.

CONCLUSION

Ces deux expériences rendent mes idées plus claires et renforcent ce que je vis personnellement comme une double citoyenneté, française et européenne. Je ressors enrichi des échanges d'expériences et de bonnes pratiques de personnes venues de pays et de cultures différents, occidentaux ou non, issus des grandes métropoles européennes ou non. Cette EPH Conférence et cet EuroNet MRPH meeting ont été mes premiers mais ce ne seront certainement pas les derniers !

EUROPE – RESIDENCY IN PUBLIC HEALTH IN SPAIN

A.V. : THANK YOU [JUAN] FOR HAVING ACCEPTED TO ANSWER OUR QUESTIONS FOR THIS INTERVIEW.

You are currently a resident in Public Health in Murcia in Spain. **Could you introduce yourself and tell us more about the residency in Public Health there (organization, duration, internships)?**

J.M.: Hi! My name's Juan Francisco Monteagudo. I am a 3rd year Preventive Medicine and Public Health resident in Murcia, Spain. Besides that, I am part of the executive board of the Spanish Association of Public Health Residents (ARES) where I contribute as of the Euronet MRPH working group leader.

The residency program is open to those who have completed six years of medical school and have passed the national MIR (Médico Interno Residente) exam successfully. This exam is done annually, and depending on the score each applicant can choose between the open vacancies available.

Organization and Duration

In Spain, the residency program is called "Preventive Medicine and Public Health", therefore, besides Public Health, we spent a signifi-



cant amount of time in Prevention Medicine Units which are placed in hospitals. The whole speciality program is 4 years long. Usually, our program is scheduled as it follows:

- Master in Public Health (8 months)
- Preventive Medicine (12 months)
- Epidemiology (5 months)
- Research period, which can take place in an Epidemiology Unit, University or Health Care Quality Unit (6 months)
- Primary Care Management (4 months)
- Health Promotion (3 months)
- Environmental Health (2 months)

- Vaccination Programs (2 months)
- Health Care Management and Planification (4 months)
- Flexible rotation time, which we can spend in one of the departments of our choice named previously (2 months)

Internships

By law, we are allowed to do a four-month length internship in our second, third and fourth year of residency. However, it is not as easy as it seems to get approval from the Spanish Public Health teaching units to go on an internship abroad and generally there is a lack of funding. That's why in the end people normally do just a four-mon-



th internship on their third or fourth year of residency.

A.V. ONE OF THE QUESTIONS OFTEN ASKED TO A RESIDENT IN PUBLIC HEALTH: WHY DID YOU CHOOSE PUBLIC HEALTH?

J.M.: It all began in my 5th year of medical school.

At that time I was really interested in Infectious diseases and we needed to take a Public Health subject in order to get our medical degree. I remember those lessons as my favourite ones of my medical grade, and I got along pretty well with the professors of the PH department. Suddenly, the Zika Virus became the fourth Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), and I ended up writing my final essay about how the Zika Virus PHEIC declaration influenced the development of the Rio 2016 JJOO. At that point, I realized that this was my field. I was fascinated about how infectious diseases outbreaks can influence policies, economies, communications, etc. and how we can help as doctors to preserve citizens' health. On the other hand,

I love how our speciality combines several fields such as stats and infectious diseases.

A.V. DO YOU HAVE SOME EXAMPLES OF PROJECTS YOU HAVE BEEN WORKING ON THAT YOU WANT TO SHARE WITH US?

J.M.: Yes, in that aspect I have been pretty lucky. While I was doing my MPH (Master of Public Health) I had the chance to collaborate with the Epidemiology Department of the Murcia Region. This allowed me to collaborate in a cross-sectional study about childhood lead exposure on a former mining area placed in Cartagena. This experience made me realize how hard research is, and let me gain more knowledge about Environmental Health.

Another cool experience was collaborating in vector control with our regional Environmental Health Unit. They taught me how mosquito surveillance is done and how the mosquito traps are set. Going with them and helping them out was a unique experience.

A.V. THIS YEAR HAS BEEN MARKED BY COVID-19, WHAT WERE YOUR MISSIONS/WORK DURING THE COVID CRISIS AND IN WHICH DEPARTMENT WERE YOU WORKING?

J.M.: At the very beginning of the pandemic I was working at the Epidemiology Department of Murcia Region. In the first stage I

worked as a doctor in our regional COVID-19 hotline. After that I helped to coordinate the regional COVID-19 PCR sample collection system, nevertheless that only lasted a couple of days. Due to a structural lack of Preventive Medicine Services in our regional health system, I was recruited as a member of a Regional Preventive Medicine COVID-19 working group. My job consisted in working as a Preventive Medicine medical consultant in a primary hospital placed in a rural setting. There, I evaluated the COVID-19 protocols, I created new ones, I collaborated assessing the Hospital direction team in COVID-19 topics and finally helped to coordinate the hospital reopening.

A.V. HOW DID THE COVID-SITUATION CHANGE THE CONDITIONS AT YOUR WORK?

J.M.: Well, how to say it. Everything was uncertain. I worked as I never worked before. Those were never ending shifts. As I live away from my family, I couldn't visit them for months as the country was quarantined. But I can't complain, I mean that was our duty as doctors. You pick this career for helping others in moments like this. After all, we were lucky, as Murcia wasn't a really affected area. In fact, I would like to take advance of this interview to express my admiration and respect to all the medical residents and health professionals who worked in really affected areas, like Madrid or Northern Italy.

A.V.: HOW DID YOU LIVE TO WORK DURING THIS TIME AS A PUBLIC HEALTH RESIDENT ? WHAT IS YOUR EXPERIENCE/FEELINGS ABOUT IT?

J.M.: Overall I am proud of helping in a pandemic. I picked this speciality because of the Zika Virus crisis. What I couldn't even imagine was that I would be collaborating in an even bigger pandemic as a Preventive Medicine and Public Health Resident.

A.V.: AND IF YOU WOULD HAVE TO SUMMARIZE AND PRESENT THE ROLE OF PUBLIC HEALTH DURING THIS CRISIS, WHAT WOULD IT BE?

J.M.: In my opinion, this crisis has shown the flaws of our Public Health systems. Therefore, it is key to evaluate the work accomplished and

find out lessons in order to improve Public Health systems, not only in our country, but at a European and International level.

A.V. TO CONCLUDE, DO YOU ALREADY HAVE AN IDEA FOR YOUR PROFESSIONAL PROJECT AFTER THE RESIDENCY?

J.M.: To be honest, I am not sure yet. I am still discovering new things about Public Health on a daily basis. What I know is that I enjoy working in international environments and I am passionate about prevention and control of infectious diseases. So maybe working for an NGO or a health agency would be my dream job. But that seems so far away. Life can change a lot in one and a half year, so I rather live in the moment.

Bureau du CLiSP 2020-2021

Sander de Souza

Président

president@clisp.fr

Vincent Max

Vice-Président

president@clisp.fr

Thomas Bérenger

Secrétaire Général

contact@clisp.fr

Stéphane Tuffier

Trésorier

tresorier@clisp.fr

Serena Tumelero

Vice-secrétaire évènementiel

evenement@clisp.fr

Louisa Porté

Chargée de communication

communication@clisp.fr

Fabiana Cazzorla

Rédactrice en chef du Bulletin

bulletin@clisp.fr

Rémi Valter

Webmaster

webmaster@clisp.fr

Sara Corbin

Vice-secrétaire déléguée aux affaires nationales

affaires.nationales@clisp.fr

Cynthia Hurel

*Chargée de relation avec les
représentants des subdivisions*

coordination@clisp.fr

Romain Lafitte

Chargé de relation avec EuroNet MRPH

euronet@clisp.fr

Hélène Lepetit

Chargée de mission Actualités

actualites@clisp.fr

Collège du CLiSP 2020-2021

Ile-de-France

Sébastien Monluc

representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon : Elodie Angulo

elodie.angulo@orange.fr

Dijon : Magali Koczorowski

koczorowski.magali@gmail.com

Nancy : Maxime Ransay

maxime.ransay@gmail.com

Reims : Claire Coutureau

claire.coutureau@wanadoo.fr

Strasbourg : Louisa Porté

louisa.po@gmail.com

Nord-Ouest

Amiens : Sébastien Delescluse

asso.apisp@gmail.com

Caen : Nicolas Vigneron

referent.sp.caen@gmail.com

Lille : Arnaud Dezetree

asso.isp.lille@gmail.com

Rouen : Karl Bare-Herrmann

referent.isp.rouen@gmail.com

Ouest

Angers : Anne-Lise Rolland

rolland.anne-lise@orange.fr

Nantes : Mélanie Duval

referent.santepublique@gmail.com

Poitiers : Clotilde Morineaud

clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr

Rennes : Cynthia Hurel

referent.santepublique@outlook.fr

Tours : Cathie Faussat

cathie.faussat@gmail.com



15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand : Romain Mortier

romortier@hotmail.fr

Grenoble : Fabiana Cazzorla

isp.grenoble@gmail.com

Lyon : Romuald Cruchet

association.spl@gmail.com

Saint-Etienne : Paul Bonjean

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Sud

Marseille : Michele Planta

ISP.Marseille@gmail.com

Montpellier : Rodney Plat

contact.isp.sud@gmail.com

Nice : Kévin Legueult

contact.isp.sud@gmail.com

Sud-Ouest

Bordeaux : Fanny Velardo

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Toulouse : Emmanuel Chabot

contact.isp.sud@gmail.com

Antilles, Guyane : Yann Lambert

santepub.ag@gmail.com

Océan Indien : Anne-Françoise Casimir

anne.francoise.casimir@gmail.com

Avec le soutien de :



CLiSP - Bulletin n°42 - Oct. 2020

Rédactrice en chef :

Fabiana Cazzorla

Conception et réalisation :

Philippe Enderlin

Crédit photo couverture :

Marie Ansoborlo