Octobre 2018

BULLETIN NUMÉRO 37

CLiSP

COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE

P03 - Éditorial de la Présidente
P06 - Retour sur le CliSPro et le CAISP 2018
P16 - Retour sur les rencontres de Santé Publique France - focus économie de la prévention
P20 - Retour sur la consultation du Clisp aux états généraux de la bioéthique
P25 - Retour sur l'université d'été de Besançon
P28 - Entretien avec William Dab
P32 - Interview du Dr. Gayrard, médecin de santé publique et directrice d'une maison d'édition
P37 - Lectures
P39 - Euronet MRPH : Le mot de l'équipe française

Sara Corbin
Présidente du CliSP 2018-2019

ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

Ce bulletin est l'occasion de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux co-internes issus des ECNi 2018. Le CLiSP est heureux de vous recevoir à l'occasion du 10ème séminaire d'accueil des nouveaux internes (SANI), une expérience toujours enrichissante pour les plus jeunes comme les moins jeunes. A ce titre, je tiens à remercier tous les internes qui se sont impliqués et qui ont travaillé dur à la construction de la 10ème édition de ce séminaire.

Ce bulletin est aussi l'occasion de réaffirmer la volonté forte du CliSP de créer du lien entre les internes de toute la France et de toutes les promotions, à travers ses divers séminaires, la représentation au sein de chaque subdivision, et la mise en place très prochainement d'un système de parrainage entre internes. Un grand merci au collège et à tous les internes impliqués sur ces différents projets, sans qui tout ceci ne serait possible.

Enfin ce bulletin est l'occasion de vous présenter notre nouveau bureau, dynamique et motivé, qui a bien l'intention de travailler dans la continuité de l'ancien, intelligemment mené par Sylvain Gautier, qu'on ne peut que remercier pour son implication à toute épreuve pour le CLiSP et l'avenir de notre spécialité.

LA MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE, UN CHOIX AUDACIEUX

Chers néo-internes,

Si vous lisez ces lignes aujourd'hui c'est que vous avez fait un choix audacieux, qui vous a sûrement tenu éveillé de longues heures le soir, à vous demander s'il était judicieux. Judicieux d'opter pour une spécialité si éloignée de tout ce que vous avez connu jusqu'à présent ?

Mais regardez autour de vous, échangez avec vos voisins, vous vous rendrez compte que vous êtes entourés de gens aux parcours de vie passionnants, ayant choisi de sortir des sentiers battus pour s'aventurer dans des voies inconnues qui reflètent leur curiosité, et qui, comme vous, espèrent que cette piste soit la bonne.

Si vous vous reconnaissez dans ces quelques lignes, rassurez-vous, vous êtes ici à votre place.

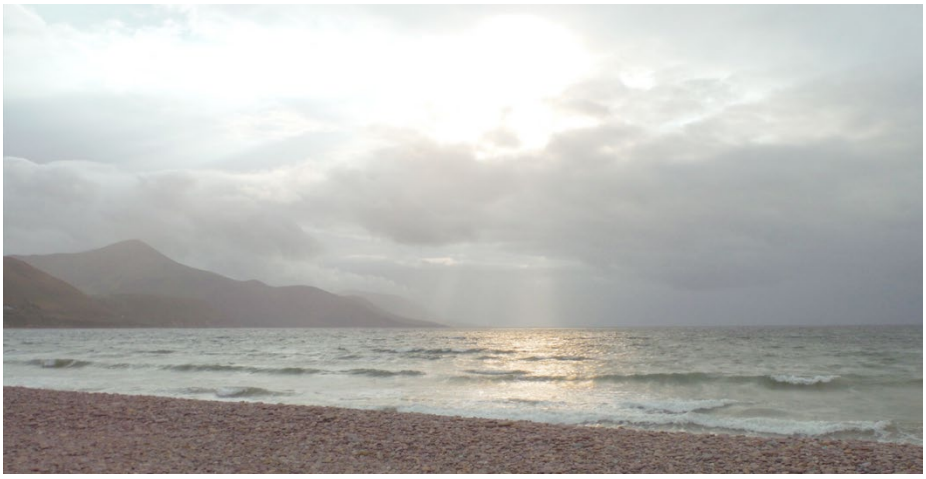
LA MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE, UNE SPÉCIALITÉ ENIVRANTE MAIS EXIGEANTE

La santé publique est par bien des aspects enivrante : les possibilités semblent infinies et les perspectives toujours passionnantes.

On pourrait la comparer à une mer, calme, dont les vagues viennent s'échouer l'une après l'autre à vos pieds, laissant derrière elles une écume blanche, une odeur iodée et dont le simple bruit, vague après vague est apaisant.

A première vue, cette mer impressionnante de par son étendue jusqu'à l'horizon, de par sa profondeur impalpable, peut faire peur. On a du mal à y définir un chemin, ou va-t-on ? Ne va-t-on pas s'y noyer ?

Puis on baisse les yeux, et c'est là qu'on les voit, ces petites vaguelettes cassant régulièrement la ligne de l'eau pour venir nous lécher les pieds. Chaque vague apporte une nouvelle idée, une nouvelle perspective. Les combinaisons sont infinies. C'est alors qu'on croit



avoir découvert le secret de la mer, qu'on se sent enivré et transporté par la beauté du paysage, et tous les possibles qu'il représente. Quel sentiment de liberté !

Mais il faut toujours se méfier de l'eau qui dort. Tout marin a appris la leçon à ses dépens. Tout comme la mer, la santé publique est exigeante, elle nécessite le développement de compétences nouvelles qui vous permettront de naviguer à travers ses eaux agitées. Et parfois, alors qu'on traverse une tempête, épuisé par les vents et la houle, on s'interroge sur le chemin à prendre pour rejoindre la côte : a-t-on fait le bon choix ?

Mais, une fois la terre ferme regagnée, le vent tombé et le calme retrouvé, on ne peut s'empêcher de contempler à nouveau, la mer, admiratif des sensations qu'elle procure et du sentiment d'appartenance que l'on ressent lorsqu'on la navigue. Appartenance à un tout, démesurément plus grand que nous, lien indescriptible avec la vie qui nous entoure.

On est tout petit devant l'immensité de la mer, mais on y est à sa place, et notre rôle est d'autant plus important que nous ne naviguons pas seul.

LA MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE, MAIS QU'EST-CE FINALEMENT ?

Tous ces jolis mots, c'est bien, mais vous vous interrogez probablement toujours : qu'est-ce finalement que la médecine de santé publique ?

La médecine de santé publique s'évertue à prendre en compte la santé dans sa globalité, à prendre du recul sur le microcosme du soin pour voir le tableau plus complet de la santé, dans toutes ses intrications avec les autres aspects de la vie des individus et des populations.

Ceci nécessite une prise en compte de la complexité des schémas de vie. Le médecin de santé publique se retrouve donc à l'interface de deux mondes : le monde du soin et celui de la santé publique. Il est le maillon qui permet de relier ces deux paradigmes opposant l'individu à la population, la prise en charge de la maladie à la prise en compte des chemins de vie. Le médecin de santé publique est essentiel à l'articulation de ces mondes qui communiquent si peu et qui pourtant ont tellement à s'apporter.

BIENVENUE DANS UNE ANNÉE CHARNIÈRE

Pour conclure je dirais que vous êtes aujourd'hui à l'orée d'une année charnière dans votre vie.

Année pendant laquelle vous allez découvrir de nouvelles disciplines et vous découvrir, très probablement, de nouvelles passions.

Année pendant laquelle vous allez vous sentir enivré par la liberté intellectuelle que procure l'apprentissage de la santé publique.

Mais aussi, année pendant laquelle vous allez sûrement douter de vos choix. Rassurez-vous, le doute est partie intégrante du processus. Et si vous vous interrogez, vous n'êtes sûrement pas le seul, n'hésitez pas à explorer ces doutes et à les partager.

Enfin, vous êtes à l'orée d'une année au cours de laquelle vous allez vous sentir connecté au reste du monde, à l'être humain, à l'environnement, à la vie.

En tout cas, c'est tout ce que je vous souhaite !

Bienvenue !

Sara CORBIN

Le bureau du Clisp pour l'année 2018/2019

PRÉSENTATION DU BUREAU

Quelques membres du collège et du bureau lors de la dernière réunion du Clisp, le 25 août 2018

LE BUREAU DU CLISP POUR L'ANNÉE 2018/2019

- **Sara CORBIN**, présidente, ISP à Lyon
- **Clément MASSONNAUD**, vice-président, ISP à Rouen
- **Cécile LONGCHAMPS**, secrétaire générale, ISP à Paris
- **Martin BREYTON**, trésorier, ISP à Marseille
- **Fanny VELARDO**, chargée de communication, ISP à Bordeaux
- **Melchior DE GIRAUD D'AGAY**, chargé d'évènementiel, ISP à Dijon
- **Jalal CHARRON**, rédacteur en chef du bulletin, ISP à Paris
- **Pierre BALAYE**, webmaster, ISP à Rouen
- **Mathilde BESSON**, secrétaire déléguée aux affaires nationales, ISP à Marseille
- **Romuald CRUCHET**, chargé de relation avec les représentants des subdivisions, ISP à Lyon
- **Emmanuel CHABOT**, chargé de relation avec Euronet-MRPH, ISP à Toulouse

Vincent Max
ISP à Toulouse

RETOUR SUR LE CLISPRO ET LE CAISP 2018

Du 27 au 29 juin dernier a eu lieu, comme chaque année à la même période, le CliSPro, sur le site Villemin de l'Université de Paris Diderot, dont le thème fut: « médecin de santé publique, trouver sa voix ! ».

Au menu de ce séminaire, une journée de formation sur le thème de la communication, alternant interventions de professionnels travaillant dans le champ de la santé publique, ateliers pratiques et tables rondes mais également la 9ème édition du Congrès Annuel des Internes de Santé publique (CAISP).

La première journée du séminaire, consacrée à la formation, fut partagée entre, d'une part les interventions le matin, et d'autre part les ateliers durant l'après-midi.

Pour ce qui est de la matinée, nous avons eu le plaisir de voir successivement David HEARD, directeur de la communication à Santé Publique France, Julie SOMA, responsable de la communication de crise et de gestion des risques sanitaires à la Direction Générale de la Santé et Clara DE BORT, directrice de la Réserve Sanitaire à Santé Publique France.

Arthur Barnay animant l'un des ateliers de communication

Tous les trois ont évoqué les particularités et les difficultés de la communication en santé, que celle-ci soit dirigée vers le grand public ou vers les professionnels de santé.

Puis, après une pause-déjeuner bienvenue, nous avons participé aux quatre ateliers proposés l'après-midi : « Crise à Maliboue Place : le CH en danger », « Épidémie de rougeole dans un service des urgences : quelle communication ? », « Préparer l'interview d'un journaliste » et « Décès provoqué par un soignant, que faire ? ». Chaque session durait une heure environ et avait pour objectif de nous mettre en situation et nous faire réfléchir, à plusieurs, sur un cas pratique de communication en santé publique - parfois inspiré de l'actualité. Enrichissants et ludiques, ces ateliers nous ont permis de nous projeter dans des rôles que nous n'avions pas encore forcément eu le loisir d'endosser au cours de nos stages, et qui pour autant, pourraient nous échoir un jour. L'unique reproche que l'on pourrait faire à ces sessions est... Que l'on ne pouvait assister qu'à deux d'entre elles. Choix difficile, s'il en fut. Merci aux internes ayant animé ces ateliers !

Enfin, la journée finie, nous avons pu profiter de la visite du Jardin-forêt de la Bibliothèque François Mitterrand, pour ensuite être conviés à un pique-nique sur les quais de Seine. Une soirée agréable où nous pouvions conver-

ser en toute tranquillité, ponctuée par la prestation remarquable d'un duo normand d'exception. Ont-ils trouvé leur voix ? En tout cas, ils en ont donné !

Mais il ne fallait pas veiller trop tard, car une autre journée bien pleine nous attendait le lendemain. Cette fois-ci la matinée fut consacrée à la 9ème édition du Congrès Annuel des Internes de Santé Publique, un moment fort pendant lequel plusieurs internes viennent présenter un travail réalisé lors d'un stage, pour un mémoire de Master 2 ou une thèse, et ce, face à un jury composé de pairs. Cet exercice de présentation à l'oral n'est pas du tout aisé, d'autant qu'à l'issue de leur présentation, les internes furent interrogés par le jury. Tous s'en sont bien sortis et nous pouvons les en féliciter. Au final huit travaux furent présentés, et sur ces huit deux furent primés, l'un dans la catégorie des internes de quatrième semestre et moins, et l'autre pour les internes plus avancés dans leurs cursus. Bravo, respectivement, à Vinh-Phuc LUU pour sa présentation portant sur le lean management et à Thibaut FABACHER pour la sienne sur le machine learning (ce dernier ayant déjà été récompensé lors de la 8ème édition du CAISP, nous le félicitons d'autant plus pour ce doublé).

L'après-midi fut consacrée à deux tables rondes, la première sur le thème du statut des médecins de santé publique et la seconde sur « L'Expertise médicale en santé publique »*. Ces interventions venant de professionnels d'horizons variés (universitaire, médecin inspecteur de santé publique, médecin de l'assurance maladie...) nous ont donné des clefs nous permettant de mieux appréhender notre avenir professionnel en santé publique.

Enfin, le CliSPro 2018 s'est achevé avec la 30ème Assemblée Générale du CliSP, durant laquelle l'ancien bureau a présenté son bilan d'activité après une année de mandat bien remplie, et où le nouveau bureau 2018-19 fut élu.

Nous leur souhaitons bon courage pour l'année à venir et espérons vous voir nombreux pour l'édition 2019 du CliSPro !

Quelques questions à Arthur Barnay qui a animé l'atelier « Décès provoqué par un soignant, que faire ? »

Comment s'est déroulée la préparation de l'atelier ?
Nous avons d'abord discuté entre animateurs sur la trame générale des ateliers pour avoir une certaine cohérence. Nous avons ensuite choisi individuellement nos sujets en intégrant une dimension « communication » à nos domaines de prédilection. J'ai donc cherché une situation liée à la qualité et la sécurité des soins lors de laquelle différents interlocuteurs auraient à communiquer pour créer un maximum de mise en pratique.

Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
Ma principale difficulté était la gestion du temps car je n'avais jamais organisé d'atelier de ce type. Il est difficile d'anticiper combien de temps les internes vont prendre pour répondre à chacune des activités. Le premier atelier a été un peu rapide mais j'avais prévu des techniques supplémentaires à présenter au cas où et elles m'ont bien servi. L'expérience du premier atelier m'a permis de mieux gérer le temps lors du deuxième.

Qu'est-ce que cela t'a apporté/qu'en as-tu appris ?
L'enseignement est un domaine dans lequel je continue de progresser. Ces ateliers menés auprès de co-internes bienveillants m'ont permis de gagner de l'expérience qui me sera très utile lorsque je formerai les étudiants en santé dans le cadre du service sanitaire.

Vinh-Phuc LUU
ISP à Paris

CAISP 2018

LEAN MANAGEMENT ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Quel intérêt peut présenter le Lean management pour l'amélioration de la qualité des soins ?

Vinh-Phuc LUU, interne de santé publique à Paris, 4e semestre

La qualité des soins compte parmi les axes de travail de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Quel intérêt peut présenter le Lean management pour l'amélioration de la qualité des soins ?

Le Lean management est un modèle d'optimisation de la gestion de production inspiré dans les années 1990 du constructeur automobile Toyota. Il vise à améliorer la qualité et réduire globalement les coûts de production par l'identification et l'élimination des gaspillages des processus du système. Ceci repose sur la standardisation des processus du système, permettant la mesure d'indicateurs pour son amélioration continue et un changement de culture passant par un management participatif (« bottom-up ») spécifique au fonctionnement de chaque entreprise.

Certains établissements de santé en quête d'efficience ont appliqué la méthode Lean comme producteurs de soins, avec pour objectif l'efficience voire la rentabilité. Dans cette optique, le temps passé auprès des patients et leur entourage et les coûts matériels, dont la valeur ajoutée est difficile à évaluer, étaient considérés comme des gaspillages. Par conséquent, des politiques d'augmentation du volume d'activité et de réduction des coûts ont été appliquées, généralement par un management descendant, rarement accompagné d'une consultation des professionnels de terrain.

L'analyse de ces situations questionne la définition de la qualité des soins et de leur valeur ajoutée qui devraient être la finalité de la démarche. De plus, la prise en compte des spécificités de la santé et des établissements est nécessaire à la transposition du Lean management dans ce secteur : la notion de parcours patient et d'épisode de soins, la variabilité non contrôlable des patients, l'intrication et la complexité des processus, le fonctionnement en silos tant des pôles et services hospitaliers entre eux que du secteur hospitalier par rapport à la ville, la diversité des acteurs du soin et la contrainte d'objectifs financiers annuels.

La pertinence du Lean management pour l'amélioration de la qualité des soins nécessite une réflexion sur la définition de la qualité des soins et la prise en compte des spécificités du secteur de la santé.

Vinh-Phuc LUU, ISP à Paris

Jérémy Laurent
ISP à Paris

CAISP 2018

ETAT DES LIEUX ET IMPACT DES IDEC DANS LA PRISE EN CHARGE DES MICI

Etat des lieux et impacts des Infirmières de Coordination (IDEC) dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à l'AP-HP

Jérémy LAURENT, Chloé LE COSSEC, Sophie DE CHAMBINE

AP-HP / Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités (DOMU) / Service parcours patients et organisations médicales innovantes

INTRODUCTION

Les patients atteints de maladies chroniques, dont le nombre est croissant, sont pris en charge selon un parcours de soins mobilisant différents acteurs : leur coordination est donc essentielle. A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), plusieurs services hospitaliers ont fait état de la mise en place d'infirmiers de coordination (IDEC) assurant les missions précédemment évoquées. C'est le cas de certains services d'hépato-gastro-entérologie prenant en charge des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).

L'objectif de notre étude était d'identifier, à l'AP-HP, les activités des IDEC intervenant auprès des patients atteints de MICI, puis d'évaluer leurs impacts sur la prise en charge de ces patients.

MÉTHODE

Les activités des IDEC ont été identifiées par analyse de leurs fiches de poste et conduite d'entretiens semi-dirigés. L'évaluation de l'impact des IDEC a été conduite à partir du recueil des appels et mails reçus et émis par les IDEC, d'un questionnaire « expérience patient », des données d'hospitalisation (PMSI) et de consultations. La conduite d'entretiens semi-dirigés a permis de compléter les données recueillies. Les résultats des indicateurs, quand ils étaient disponibles avant et après l'arrivée de l'IDEC, ont été comparés.

RÉSULTATS

Les 4 IDEC identifiées ont principalement des activités d'expertise – réaliser des consultations, organiser l'éducation thérapeutique du patient (ETP), conseiller/orienter patients et professionnels – et de coordination – organiser le suivi à l'hôpital, récupérer les résultats d'examens complémentaires. Cette double compétence leur permet de répondre aux sollicitations des patients (une centaine d'appels

mensuels). Ceux-ci sont satisfaits de la démarche, et les hospitalisations et consultations ont diminué. La prévention a été réinvestie, des activités d'éducation thérapeutique ont été instaurées. La gestion par les IDEC de la file active des patients MICI a permis aux médecins de mieux structurer leur activité et d'augmenter le nombre de patients suivis.

CONCLUSION

L'IDEC est membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge des patients atteints de MICI. Ces premiers résultats encouragent à poursuivre l'évaluation de l'impact des IDEC à plus long terme, mais aussi pour d'autres maladies chroniques.

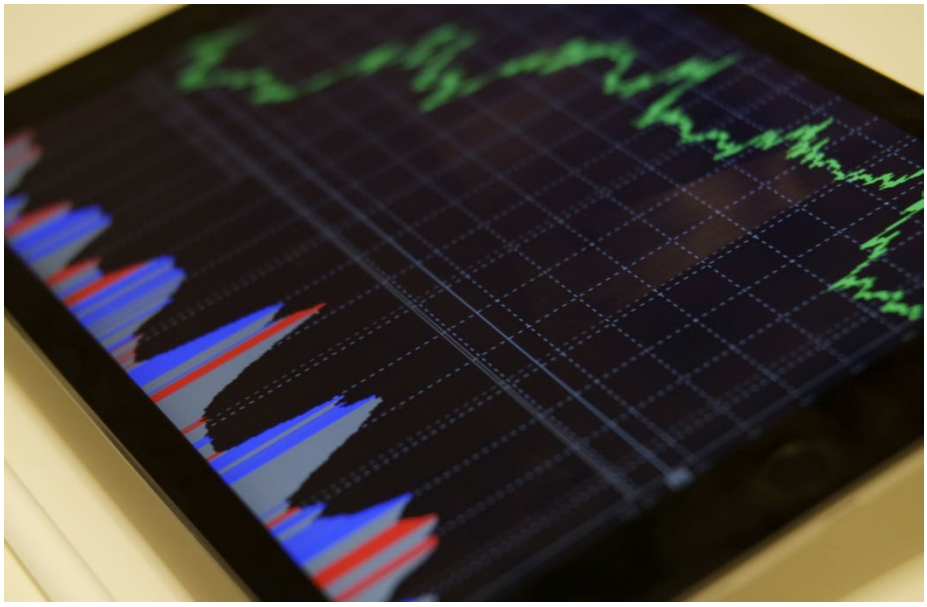
Jérémy LAURENT, ISP à Paris

Rafik Harizi
ISP à Paris

CAISP 2018

ANALYSE EN PROFONDEUR DU « POIDS MOYEN DU CAS TRAITÉ » PAR SÉJOUR

Analyse en profondeur du « Poids Moyen du Cas traité » par séjour



Parmi les problématiques auxquelles les services de DIM sont souvent confrontés se trouve la tâche, délicate, consistant à produire des rapports d'activité par service et à les présenter au personnel de direction de l'hôpital.

Jusqu'à présent, des logiciels permettaient de fournir les informations nécessaires à l'analyse de cette activité.

Le problème est que les résultats fournis sont des résultats bruts qui ne s'intéressent qu'à la fluctuation d'un chiffre : le Poids moyen du cas traité (PMCT), indicateur initialement utilisé pour indiquer la « lourdeur » des prises en charge des patients traités dans un établissement de santé.

Le PMCT est utilisé depuis la T2A comme indicateur financier et les directions d'établissements s'appuient parfois sur ce résultat unique pour prendre des décisions aussi importantes que la fermeture de lits ou postes hospitaliers.

Ainsi, le projet auquel j'ai participé au cours de mon premier semestre portait sur la mise en place d'une fonction R permettant de faire apparaître le détail de la valorisation des séjours hospitaliers par service.

Il en ressort que la diminution du PMCT peut être artificielle et n'avoir en fait aucune réalité :

- Du fait de la diminution de la valorisation du GHS (autrement dit de la tarification des séjours d'une année à l'autre).
- Par la comparaison de données consolidées (c'est-à-dire corrigés à la hausse) avec des données qui ne le sont pas encore.
- Par un changement de l'organisation des services (par exemple, l'ouverture d'un service de chirurgie ambulatoire qui, sur le papier, diminue artificiellement le PMCT du service qui assurait ces chirurgies).

Rafik Harizi, ISP à Paris

Thibaut Fabacher
ISP à Strasbourg

CAISP 2018

USE OF MACHINE LEARNING TO FACILITATE THE REGISTRATION OF CANCER CASES

Use of machine learning to facilitate the registration of cancer cases: application to prostate cancer registration

Thibaut Fabacher[1], Delphine Klein[1], Michel Velten[1,2,3], Jérémie Jégu[1,2]

(1) Registre des cancers du Bas-Rhin, Laboratoire d'Épidémiologie et de Santé Publique, UMR-S1113, FMTS, Université de Strasbourg, 4 rue Kirschleger, F-67085 Strasbourg, France.

(2) Service de santé publique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, F-67091 Strasbourg CEDEX, France.

(3) Département de Santé Publique, Centre Paul Strauss, 3 rue de la Porte de l'hôpital, F-67065 Strasbourg, France.

OBJECTIVE

Manual registration of cancer cases by cancer registry staff is time-consuming. The objective of this study was to develop and assess a machine learning algorithm to facilitate the registration of incident cases of prostate adenocarcinoma.

METHODS

Notifications from different sources sent to the Bas-Rhin cancer registry were used here: pathology data, hospital discharge data and healthcare insurance data. Notifications of potential prostate cancers in calendar year 2014 along with final classification of cases were used to train the algorithm. Machine learning by support vector machines was then used for the classification of prostate cancers diagnosed in 2015. The ability of the algorithm to correctly identify new prostate cancer cases was checked manually. Algorithm precision was assessed.

RESULTS

The learning phase was performed on 982 patients with a prostate cancer notification and at least one pathology report in 2014. In 2015, 1789 patients presented notifications about prostate cancer. Among them, 736 were excluded because of a history of prostate cancer and 268 because no pathology report was available. Finally, 785 patients were included in the classification algorithm leading to an automated registration of 663 cases of prostate cancer. The algorithm precision was 99.7 %.

CONCLUSIONS

These results suggest that machine learning is able to identify new cases of prostate cancer and may be of interest to prefill the data about incident cases. Use of machine learning techniques for prostate cancer registration, and maybe other cancer sites, should be a valuable development to save time for staff working in cancer registries.

Thibaut FABACHER, ISP à Strasbourg

Simon Vergnaud
AISP

CAISP 2018

THE INTERNIST AND THE HELICOPTER

The internist and the helicopter: exploring the legitimacy of Quebec's MDs specializing in public health

CONTEXT

Among its five well-known principles, the Ottawa charter taught us that it was necessary to reorient our health services, if we were to impede the growth of the burden of chronic conditions. Evidently, this meant both transcribing the Ottawa spirit in every one of our policies, and building new curriculums to deal with the broad spectrum of the determinants of health.

We studied the medical specialty of Public health and preventive medicine in Quebec, in order to analyze this intra-professional group's legitimacy in practices far outside standards which could be deemed instrumental to the identity of the medical profession.

METHODS

Following an exploratory approach, we interviewed 27 medical doctors (MDs) throughout Québec from May to July 2017. These semi-structured interviews of public health operatives with various decision and seniority levels allowed us to model the social role of public health specialists.

RESULTS

Quebec MDs specializing in public health and preventive medicine learn how to improve global health outcomes by acting on all the determinants of health except healthcare itself.

Although their medical specialty is not well-known, even among medical students, many factors warranted their legitimacy in building public health policies and impacting large numbers of people. Chief among them was their recognition as MDs, which meant they possess health knowledge and were bound by the medical principles of a strong professional network with high standards. The public health specialty curriculum, approved at both federal and North American levels, had strong standards at entry and exit. These standards played a key role in insuring the whole curriculum stayed highly-valued and fit their professional practice adequately.

These doctors chose to embrace this specialty, as much as they were chosen for their ability to conceptualize and embrace a broader perspective.

CONCLUSION

These doctors of populations and communities transpose the medical principles at a scale larger than that of the individual. They treat systems, networks, communities, much like internal medicine specialists, but they do it with a helicopter sense. In doing so, they are bound by the same ideological rules, even if the power they wield is of another scale also. Their responsibility is with the well-being and the sustainability of the populations that trust them.

Simon Vergnaud, AISP

Lucile Trutt
ISP à Nantes

CAISP 2018

VISUALISATION ET ANALYSE DU PARCOURS DES PATIENTS DE LA FILIÈRE CTCV

Visualisation et analyse du parcours des patients de la filière CTCV au CHU de Nantes.

Lucile TRUTT, 6ème semestre, Nantes

INTRODUCTION

La médecine évoluant vers une prise en charge globale plutôt qu'organe par organe, la gestion des séjours hospitaliers se doit d'être transversale afin de rester fidèle aux pratiques médicales. Les tableaux de bord et indicateurs PMSI deviennent insuffisants pour résoudre des problématiques telles que la réorganisation d'une filière face à l'augmentation d'activité. Nous avons donc développé une interface permettant de comprendre et analyser le parcours des patients en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (CTCV).

MÉTHODE

A partir d'une liste d'interventions chirurgicales et de l'extraction PMSI des séjours correspondants, le traitement des données a permis de créer une base de positions successives des patients au cour de leur séjour, à différents niveaux d'agrégation (unité médicale, service, pôle...). Des algorithmes d'extraction de motifs séquentiels étaient ensuite appliqués.

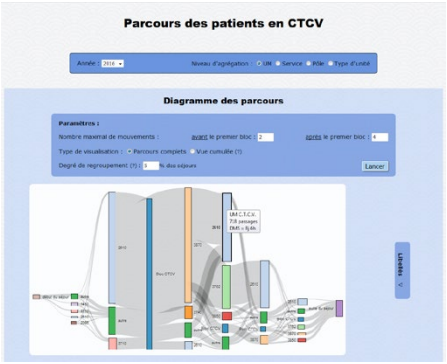
RÉSULTAT

L'interface obtenue se composait de 2 modules. Le premier présentait un diagramme de flux représentant le parcours global des patients de la filière, centré sur l'intervention chirurgicale. Le deuxième donnait un tableau des motifs les plus fréquemment retrouvés dans les parcours avec des indicateurs associés à ces motifs. L'interface était interactive avec la possibilité de paramétrer les résultats et d'afficher des informations complémentaires par info-bulles (effectifs, durée de séjour...).

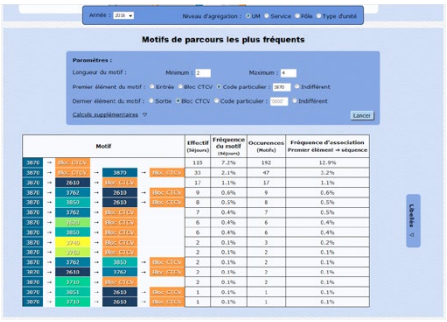
CONCLUSION

Le prototype de l'interface est en cours de finalisation et les demandes d'utilisation ou d'implémentation de nouvelles fonctionnalités sont de plus en plus nombreuses, aussi bien en CTCV que dans d'autres filières en ayant eu connaissance. La création de nouveaux outils adaptés doit être soutenue afin de rester cohérent avec l'évolution de la médecine et l'organisation des soins.

Lucile Trutt, ISP à Nantes



Module 1 : Diagramme de flux



Module 2 : Extraction de motifs séquentiels

Camille Rolland
ISP à Paris

CAISP 2018

FACTEURS ASSOCIÉS AU NON-RETOUR APRÈS UN DÉPISTAGE POSITIF AU CEGIDD

Facteurs associés au non-retour des consultants dépistés positifs pour une IST en consultation de rendu de résultats dans le CeGIDD de l'hôpital Fernand-Widal (AP -HP, Paris)

Camille Rolland, Élise De LaRochebrochard, Christophe Segouin, Marc Shelly, Prescillia Piron, Pénélope Troude

Introduction : Malgré des avancées notables en France, près de 6000 séropositivités VIH ont encore été découvertes en 2015 et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont en recrudescence. Ainsi, le dépistage et le traitement précoce sont des éléments clés pour un meilleur contrôle des épidémies. Le non-retour en consultation de rendu des résultats représente une perte de chance dans les approches préventive et curative, particulièrement pour les patients dépistés positifs. Afin de réduire ce taux de perdus de vue, le centre gratuit de dépistage (CeGIDD) de Fernand Widal, Paris, propose aux consultants une notification par SMS après le dépistage. L'objectif de cette étude était de rechercher les facteurs associés au non-retour des consultants dépistés positifs pour le VIH, une hépatite virale ou une IST (syphilis, chlamydia ou gonocoque) en consultation de rendu de résultats dans les 30 jours suivant un dépistage en CeGIDD.

Matériels et Méthodes : Les consultants dépistés positifs lors d'un dépistage réalisé au CeGIDD entre octobre 2016 et mai 2017 et ayant renseigné un questionnaire ont été inclus. Les données sont issues de la base de données de la consultation et d'un questionnaire auto-administré (portant sur les caractéristiques sociodémographiques, les comportements sexuels et le contexte de venue) rempli en primo-consultation. L'analyse a fait appel à des modèles de régression logistique univariée et multivariée.

Résultats : Parmi les 214 consultants inclus, le taux de non-retour était de 14 % (IC95% [10 %-19 %]). Les consultants les plus à risque de non-retour étaient : les moins de 25 ans (ORa : 2,84 ; IC95% : 1,09-7,41), ceux se percevant moins à risque de contamination par le VIH (ORa : 3,05 ; IC95% : 1,17-7,94), ceux n'ayant pas réalisé de dépistage chlamydia/gonocoque par auto-prélèvement (ORa : 5,98 ; IC95% : 2,03-17,6) et les personnes venues accompagnées (ORa : 3,73 ; IC95% : 1,41-9,88).

Le taux de non-retour était plus faible chez les consultants ayant accepté d'être notifiés par SMS, sans différence statistiquement significative (12% vs 20%, p=0,10).

Conclusion : La poursuite de la diversification des modalités de communication avec les consultants pourrait permettre de diminuer le taux de perdus de vue. Cette étude a permis de définir un profil de consultants à risque de non-retour et suggère que le non-retour pourrait être associé aux représentations concernant la prévention des IST. Accroître le niveau de littératie en santé sexuelle des individus pourrait être une piste pour réduire le taux de non-retour dans les centres de dépistage.

Camille Rolland, ISP à Paris

Astrid Barataud-Reilhac
ISP à Rennes

CAISP 2018

SÉCURITÉ D'UTILISATION D'AUBAGIO® CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES DE SEP

Quelle sécurité d'utilisation d'Aubagio® chez les patientes atteintes de SEP en âge de procréer ? Apports de l'étude SPAM (Safety-Pregnancy-Aubagio®-Multiple sclerosis)

A. Barataud-Reilhac, S. Kerbrat, J. Roux, A. Guilleux, E. Polard, E. Leray

INTRODUCTION

Le tériflunomide (Aubagio®) est l'un des traitements de fond de la sclérose en plaques (SEP) les plus récents. Etant tératogène, il est contre-indiqué chez la femme enceinte. Des cas de grossesses exposées ont cependant été rapportés à la pharmacovigilance, mais une sous–déclaration est fortement suspectée.

OBJECTIF

Dénombrer et décrire les grossesses exposées à l'Aubagio® en France, à partir des données de la base nationale d'assurance maladie (SNIIRAM).

Méthode : Dans cette étude de cohorte rétrospective, ont été incluses toutes les femmes françaises âgées de 15 à 49 ans, atteintes de SEP, non stériles et ayant bénéficié d'un remboursement par l'assurance maladie. Les grossesses survenues entre le 1er août 2014 et le 31 mars 2016 ont été identifiées par leur issue et chaînées au séjour hospitalier du nouveau-né. Une grossesse était considérée comme exposée si la patiente avait une délivrance d'Aubagio® pendant la grossesse et/ou n'avait pas suivi en amont les recommandations appropriées (procédure d'élimination accélérée).

RÉSULTATS

Au sein des 44 008 femmes incluses, 2639 grossesses ont été identifiées, dont 47 exposées à l'Aubagio®. La durée médiane d'exposition pendant la grossesse était de 45 jours. Elles ont eu pour issues : 23 naissances vivantes (47,9%), 22 interruptions de grossesse (46,8%) et 2 fausses-couches (4,2%). Aucune conséquence sur la santé des nouveau-nés n'a été retrouvée.

CONCLUSION

La majorité des grossesses exposées était en lien avec une élimination accélérée incorrectement réalisée. Un rappel des recommandations semble nécessaire auprès des prescripteurs et des patientes.

Astrid Barataud-Reilhac, ISP à Rennes

Justine Diehl
ISP à Caen

RENCONTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2018

La contribution de l'économie dans la défense de la prévention au sein de notre système de santé. Et si dépenser au plus juste ne signifiait pas nécessairement moins ?

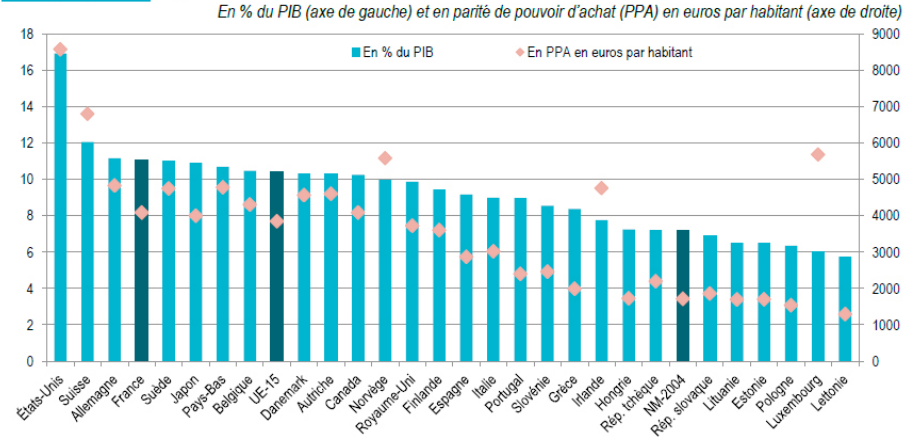
Pour leur **troisième édition**, les **rencontres de Santé Publique France** du 29 au 31 mai 2018 se sont tenues au Centre Universitaire des Saints-Pères à Paris et ont été inaugurées par le Pr Jérôme Salomon, Directeur Général de la Santé et le Pr François Bourdillon, Directeur Général de Santé Publique France. Rappelons que cette agence publique, placée sous la tutelle du Ministère de la santé, a fêté récemment son deuxième anniversaire. Fruit de la fusion de l'InVS, l'EPRUS et l'INPES, sa constitution était prévue dans la loi de modernisation de notre système de santé (loi du 26 janvier 2016) et fut effective le 1er mai 2016.

Ces rencontres, gratuites, ont réuni **plus de 1400 professionnels de santé de tous horizons** afin de revenir sur les événements marquants de l'année 2018, notamment le **NutriScore®**, auquel était consacré la seconde plénière. De nombreuses thématiques, parfois originales et peu abordées dans nos cursus, ont également été mises à l'ordre du jour : la question du **genre en santé**, les enjeux des **changements climatiques** sur cette dernière, la **littératie**, la gestion des situations de **crises sanitaires**... A ce sujet, d'aucuns ont eu l'occasion de faire connaissance avec Clara de Bort, que d'autres ont découvert lors du dernier congrès du CLISP. Elle est revenue sur les éléments à prendre en considération pour le déploiement de la réserve sanitaire, en s'appuyant sur l'exemple de la campagne de vaccination à Mayotte.

L'objet de la première plénière, à savoir la **place de l'économie dans un plaidoyer pour la prévention**, sera développé plus avant dans cet article, du fait de son intérêt et de sa fréquente méconnaissance. Souvent boudé, son usage en santé relèverait pourtant presque de l'expédience. En effet, selon le rapport 2017 de la DREES[1], la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), a été évaluée en 2016 à près de **198,5 milliards d'euros** et son **taux de croissance**, en progression, atteint 2,3% la même année. Comme l'illustre le graphique suivant, l'hexagone se situe dans le quinté de tête des pays les plus dépensiers (au regard de la dépense courante de santé) à l'égard de leur système de santé.

Graphique 11 **Dépense courante de santé au sens international en 2015**

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (*SHA*).

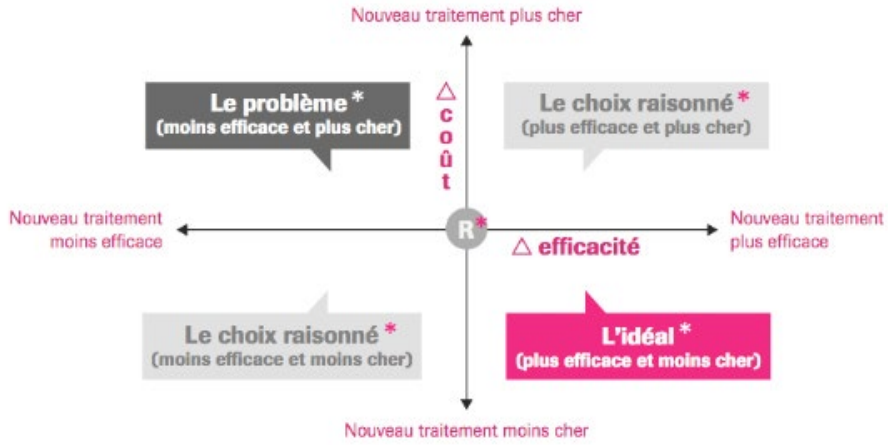
[1] 1. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé. [en ligne]. [Consulté le 6 septembre 2018]. Disponible à l'adresse : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ : QUE PEUT-ELLE NOUS APPORTER ?

L'évaluation économique en santé vise en premier lieu à offrir un **éclairage supplémentaire à la prise de décision** publique dans le champ de la santé. Il apparaît évident que celle-ci représente un enjeu particulier et délicat du fait des aspects humains et éthiques associés. Pour autant, comme le faisait remarquer Benoit Dervaux dans sa présentation, la populaire expression « la santé n'a pas de prix » rencontre in fine bien des difficultés d'application. Cette vision utopiste est, bien entendu, impossible à mettre en œuvre. Il s'agit alors d'utiliser la **rationalité économique** pour éclairer les choix publics, sans toutefois basculer dans la suprématie : il s'agit d'un appui au processus décisionnel, lui-même intriqué dans notre système de valeurs.

On définit la rationalité économique par la **recherche du meilleur usage des ressources disponibles** en mettant en relation le montant des ressources utilisées et les effets obtenus pour mesurer le degré d'**efficience** de l'intervention. Autrement dit, il s'agit de répondre à la question : « Quel est le coût nécessaire pour obtenir tel niveau de résultats de mon action ? ». L'évaluation économique s'avère donc **bi-dimensionnelle** dans le sens où elle mobilise les **notions de coût et d'efficacité**. Par nature **comparative**, l'évaluation médico-économique a pour dessein la mise en balance, d'un côté, de l'investissement pécunier et de l'autre, des résultats de santé obtenus. L'aboutissement consiste à déterminer de cette manière l'intervention de santé la plus coût-efficace. Le schéma[2] suivant présente une manière d'exposer les résultats, en prenant ici l'exemple d'un traitement.

Représentation du plan « coût-efficacité »



Les résultats de santé découlant de l'action à évaluer doivent s'exprimer en termes de **survie ou de morbi-mortalité**. Pour assurer la comparabilité, ils sont alors traduits dans une métrique assez générale : les **années de vies pondérées par la qualité** (QALYs : Quality-Adjusted Life Year).

Cette nécessité de prendre en compte simultanément les coûts des interventions et leurs résultats consiste en une des particularités des analyses médico-économiques. La recherche de l'**efficience** en est l'aboutissement, de même que la mesure du « rendement social de différents investissements possibles d'un budget collectif. La mesure des coûts donne le montant de l'investissement à réaliser et l'estimation des effets fournit une indication du bénéfice sanitaire obtenu en contrepartie[3] ».

Le champ d'application est extrêmement vaste : **produits de santé** (médicaments, dispositifs médicaux), **techniques médicales** (imagerie, chirurgie, télémédecine...) **ou intervention de santé** quelle qu'elle soit : prévention-promotion de la santé, éducation thérapeutique, action curative... La comparaison est également possible entre des stratégies de nature différente (par exemple, comparer une intervention de prévention-promotion de la santé à une intervention thérapeutique).

[2] PHARMINLINK. [en ligne]. [Consulté le 1 septembre 2018]. Disponible à l'adresse : http://pharminlink.fr/wpcontent/uploads/pres/edition-1/evaluation-medicoeconomique.html

[3] LEPEN Claude et LEVY Pierre, L'évaluation médico-économique, concepts et méthode. LGM Sciences. Livre sous format pdf à l'adresse suivante : http://ces-asso.org/sites/default/files/levaluation_medicoeconomique_levy_et_le_pen.pd

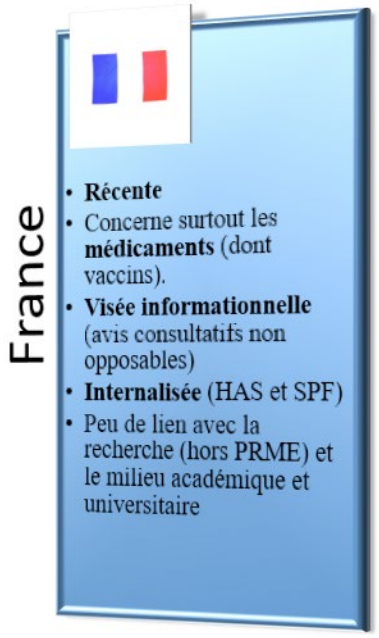
S'il existe **trois grands types d'évaluation médico-économique**, l'analyse Coût-Efficacité, Coût-Utilité et Coût-Bénéfice, nous nous concentrerons sur la première. Lors de la plénière consacrée à cette thématique, c'est le choix que l'économiste Benoit Dervaux[4] a fait.

En effet, **l'analyse Coût-Efficacité demeure la plus utilisée** en pratique et la plus simple à mettre en œuvre, notamment car elle utilise une **métrique « naturelle »** pour la mesure des effets de santé (par exemple un paramètre ou indicateur biologique ou pharmacologique, des données radiographiques ou cliniques, la survie ou la morbi-mortalité).

Par « naturelle » on entend ici **sans besoin de transformation ou d'adaptation**, comme cela peut-être le cas dans l'analyse coût-bénéfice par exemple. Les indicateurs sont issus **directement des données de la littérature** en médecine et s'intègrent dans les résultats de l'Evidence-Based Medecine (EBM). C'est de cela que découle son principal avantage.

Elle présente toutefois **plusieurs limites** en lien avec la mesure de l'efficacité de l'action. Pour commencer, elle ne prend en compte **qu'une seule dimension d'efficacité** (par exemple : diminution du LDL-cholestérol) alors que les actions de santé peuvent avoir des effets différents sur plusieurs aspects (par exemple, augmenter la survie mais au prix d'une baisse de la qualité de vie). De même, cette composante unique rend périlleuses les comparaisons entre des stratégies différentes si elles ne sont pas exprimées dans la même métrique (il est laborieux de définir la meilleure stratégie si l'une prend en compte la survie et l'autre la morbi-mortalité…). En outre, « l'efficacité » peut s'appliquer à des notions plurielles et distinctes (**efficacité intermédiaire** versus **finale**, etc). Nos voisins d'Outre-Manche, pour le même terme en français, en utilisent bien plus[5]. **La réflexion préalable sur ce que l'on souhaite investiguer se doit donc d'être particulièrement soignée**.

Si en France, elles peinent à se trouver une place, les évaluations médico-économiques sont bien plus courantes et exploitées dans d'autres pays européens, tels que l'Angleterre. L'intervention d'Annalisa Belloni a éclairé ces dissemblances. Le tableau suivant pourra en présenter quelques-unes.



Dans l'hexagone, les analyses médico-économiques sont essentiellement **réalisées par la Haute Autorité de Santé** (HAS) et se concentrent sur le volet médicamenteux. Quoi qu'il en soit, les conclusions **ne sont opposables** ni aux décideurs ni aux acteurs de santé. Il n'en résulte aucun impact sur la prise en charge par l'Assurance Maladie ou la prescription des médecins.

Pour l'avenir, quelques pistes de réflexion sur la place accordée aux évaluations médico-économiques semblent pertinentes. L'**ouverture**

[4] Faculté de Médecine et CHRU de Lille, EA2694 « Santé Publique : Epidémiologie et Qualité des Soins »

[5] Ainsi, ils peuvent parler d'« efficacy « (efficacité théorique dans des conditions idéales de type « laboratoire » ou d'« **effectiveness** » (**efficacité** pratique dans des conditions réelles), pour ne nommer que deux exemples.

de ce type de réflexion, en ne la limitant plus au champ du médicament et de la vaccination, s'avérerait judicieuse. En faire bénéficier les actions préventives et de promotion de la santé permettrait de renforcer ces programmes, souvent perçus comme flous sur les bénéfices attendus et possibles. L'étude de l'impact économique de l'intervention Ossebo visant à prévenir les chutes chez les personnes âgées, présentée le même jour par Sandrine Dufour-Kippelen[6], s'inscrit dans ce sens.

De même, le **décloisonnement sanitaire et médico-social** serait susceptible d'être étayé par les apports économiques. Aborder l'épineuse question de la place du secteur médico-social apparaît primordial. En effet, la prise en charge du handicap et de la vieillesse, du fait de leur importance exponentielle et des projections démographiques, semble urgente à prendre en considération.

Enfin, induire une réflexion aux différents niveaux de l'action de santé (Assurance Maladie, ARS, Etablissements de Santé, professionnels de santé) bénéficierait à nos décideurs mais également aux chercheurs en économie de la santé, qui effectuent pour la plupart un travail de l'ombre, moins valorisé que dans d'autres disciplines.

Pour conclure, il est fondamental de rappeler **qu'à aucun moment il ne s'agit de basculer dans l'hégémonie budgétaire**. Mais si notre système de santé semble parfois le théâtre de réformes incessantes, ne faisons pas de l'économie son comparse.

Justine DIEHL, ISP à Caen

[6] Université Paris-Dauphine

Clément Massonnaud ; Louise Petit
ISP à Rouen ; ISP à Paris

RETOUR SUR LA CONSULTATION DU CLISP AUX ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE

Du 18 janvier au 7 juillet 2018 se sont tenus les États généraux de la bioéthique. En tant qu'association regroupant de futurs acteurs de santé publique, le CLiSP a souhaité participer au débat afin de présenter la vision des internes de santé publique sur certaines thématiques.

CONCRÈTEMENT, DE QUOI S'AGIT-IL ?

La loi de bioéthique fixe en France les règles relatives à l'application des découvertes techniques et scientifiques dans le domaine du vivant et de la santé humaine. Cette loi prévoit sa révision tous les sept ans · au maximum.

La loi de bioéthique actuellement en vigueur date de 2011 et doit donc être révisée par le Parlement en 2018. Il est aussi prévu que « tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'états généraux ».

Le 18 janvier 2018, s'ouvrent alors les États généraux de la bioéthique, sous l'égide du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Par l'intermédiaire d'une plateforme en ligne et d'auditions, le CCNE se propose de recueillir jusqu'au mois de mai les avis de la société dans son ensemble. À la suite de quoi le CCNE se doit de remettre un rapport qui servira à éclairer le législateur dans le processus de révision de la loi de bioéthique.

Il nous a semblé naturel que le CLiSP participe à cette grande consultation, c'est pourquoi nous avons demandé à être auditionnés par le CCNE.

LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE ONT-ILS LA LÉGITIMITÉ POUR DÉBATTRE DE BIOÉTHIQUE ?

Assurément, la réponse est oui. S'il est vrai que la bioéthique concerne tout un chacun, ça l'est d'autant plus pour de futurs professionnels de santé publique. Les enjeux bioéthiques dépassent largement le seul champ de la clinique. En effet, parce qu'ils concernent et interrogent la société dans son ensemble, ils sont d'authentiques enjeux de santé publique. Les évolutions technologiques et scientifiques qui sont au cœur des débats préfigurent la société de demain. Notre société, notre avenir, notre responsabilité.

QUELLE FUT LA CONTRIBUTION DU CLISP ?

Nous avons porté notre réflexion sur trois points en particulier. Tout d'abord sur les données de santé, qui sont au cœur de l'activité de la plupart des professionnels de santé publique. Devant l'inflation de ces données, le CLiSP a rappelé l'importance de maintenir la collecte des données de santé · données à la fois sensibles et personnelles · dans un objectif de recherche et de santé publique et non dans une seule logique de marché.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur l'impact, pour notre système de santé et plus généralement pour notre société, de l'essor d'une médecine « personnalisée ». Le CLiSP a souhaité mettre en garde le CCNE sur le risque de bascule d'une médecine « personnalisée » vers une médecine individualiste. En effet, il paraît important d'alerter dès aujourd'hui sur les dérives d'une telle personnalisation de la prise en charge et notamment de la prévention : chercher à préserver la santé à une échelle collective n'est-il pas plus efficace que promouvoir de « bons » comportements individuels ? Veiller à réduire les risques de cancer sur le plan populationnel (réduction des pesticides, amé·

lioration de la qualité de l'air...) n'aurait-il pas autant d'impact que développer des thérapies ciblées et personnalisées ?

Enfin, nous avons souhaité plaider pour le développement d'une véritable éthique de santé publique, qui doit se distinguer et se penser en parallèle de l'éthique clinique. L'éthique de santé publique vise la collectivité, et non les individus. L'éthique de santé publique oriente la réflexion vers la pratique de santé publique : dans quelle mesure une intervention de santé publique va-t-elle interférer dans les choix des individus ?

COMMENT S'EST DÉROULÉE L'AUDITION ?

Le 9 mai, le CCNE a invité le CLiSP à venir présenter ses positions. Hasard du calendrier, il s'agissait de la dernière audition, le CLiSP a donc eu l'honneur de clôturer ces états généraux. Nous avons été auditionnés par quatre membres prestigieux du CCNE : Pierre DELMAS-GOYON, magistrat à la Cour de cassation, Alexandra BENACHI, vice-présidente du Collège national des gynécologues obstétriciens français, Pierre-Henri DUEE, président de la section technique du CCNE et Marie-Germaine BOUSSER, professeur émérite de neurologie à l'Université Paris-Diderot et membre titulaire de l'Académie de Médecine.

Nous avons, dans un premier temps, présenté nos positions puis s'en est suivi une période

d'échanges très positifs avec les membres du CCNE. Ils ont tous approuvé notre démarche et fortement souligné l'intérêt de notre participation à ces débats. Le fait que les internes de santé publique s'emparent des enjeux bioéthiques est pour eux un signal fort et porteur d'espoir pour l'avenir, et ce à deux titres. Tout d'abord en tant que représentants d'une génération qui souhaite participer à construire la société de demain, mais aussi en tant que futurs professionnels de santé publique.

En effet, tous ont réaffirmé le rôle capital que doit jouer la santé publique dans notre système de santé et notre société. Ils ont, à cet égard, fait part de leur étonnement et inquiétude face à l'absence quasi-complète des acteurs de santé publique au cours de ces états-généraux. Malheureusement, nous ne pouvons que partager leur inquiétude. En effet, sur les 150 auditions réalisées par le CCNE lors de cette consultation nationale, une seule, outre le CLiSP, a concerné la santé publique. Il s'agit du Haut Conseil de la Santé Publique, qui a proposé une contribution par l'intermédiaire de la Commission spécialisée Risques liés à l'Environnement. À notre connaissance, aucune autre société savante ou institution de santé publique n'a contribué à ces états généraux. Au-delà de leurs interrogations face à cette absence, les internes de santé publique sont fiers d'avoir contribué à faire exister leur spécialité dans ces États généraux de la bioéthique.

Clément Massonnaud, ISP à Rouen
Louise Petit, ISP à Paris

Clément Massonnaud ; Sylvain Gautier
ISP à Rouen ; ISP à Paris

CONTRIBUTION DU CLISP AUX ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA BIOÉTHIQUE

MAÎTRISER L'INFLATION DES DONNÉES DE SANTÉ

La quantité des données de santé collectées ne cesse de s'accroître considérablement. On estime qu'elles devraient atteindre 44 zettaoctets (10^21) d'ici à 2020 et 180 zettaoctets vers 2025 [1]. Au-delà de l'incroyable augmentation du volume des données, la diversité et la vitesse à laquelle celles-ci sont collectées sont également sans précédent. Ce phénomène de «mégadonnées» ne touche pas uniquement le domaine de la santé, mais tous les aspects de nos vies, et pose donc de véritables enjeux éthiques.

Si les données collectées dans le cadre du soin bénéficient d'un encadrement par la Commission informatique et libertés (CNIL) et d'une réglementation européenne, de plus en plus de données sont collectées hors de ce cadre, notamment avec le développement des applications mobiles et autres objets connectés. Bien que le Règlement général sur la protection des données (RGPD), qui entrera en vigueur à compter du 25 mai 2018, élargisse le champ de responsabilité des acteurs dans ce domaine, nous pouvons nous inquiéter de l'impact réel d'un tel règlement, notamment vis-à-vis des «géants du numérique». Tous les efforts doivent être faits pour s'assurer de la protection de la vie privée, du secret médical et des personnes. La collecte de données de santé doit avant tout se faire dans un objectif de recherche médicale et de santé publique, et non dans une seule logique de marché. Par ailleurs, une plus grande transparence doit être requise quant aux types de données collectées et quant à la finalité de leur utilisation.

Un autre point important est celui de la propriété de ces données de santé. Le cadre légal doit être clarifié et renforcé à ce sujet. Ces données individuelles recouvrent des informations privées et parfois sensibles. Dans un souci de protection de la personne, elles doivent donc rester la propriété de l'individu qui les a produites.

Pour autant, ces «mégadonnées» représentent une source d'information très importante pour la progression des savoirs et peuvent présenter un intérêt collectif. Une trop grande rigidité pourrait donc nuire au travail des chercheurs, par exemple en épidémiologie. Il faut donc à la fois favoriser l'accès aux bases de données et dans le même temps s'assurer de leur sécurité, notamment en renforçant les algorithmes d'anonymisation.

Un regard vigilant doit globalement être porté sur les nouvelles technologies. Les avancées en cryptographie et algorithmique peuvent être porteuses de solutions à la fois dans la protection et l'utilisation des données de santé. Les nouvelles technologies impliquant les intelligences artificielles, l'apprentissage profond ou encore les «blockchains» suscitent un intérêt croissant dans le domaine de la santé et méritent d'être intégrées dans la réflexion bioéthique.

PENSER UNE MÉDECINE DU FUTUR DANS LE RESPECT DES VALEURS HUMAINES

Devant l'augmentation des possibles, le rôle du législateur s'avère d'autant plus capital que le temps du progrès est de moins en moins compatible avec le temps législatif. Cela suppose donc de se redonner des marges de manœuvre et à défaut de toujours pouvoir anticiper, d'au moins penser l'adaptabilité.

La France, figure historique en matière de santé et d'innovation, doit pouvoir garder sa forte dynamique, à l'avant-garde du progrès. Il nous faut néanmoins rester vigilants quant à l'avènement d'une «médecine du futur» davantage tournée vers une approche personnalisée, comme le remarquent le Pr André

Syrota et Olivier Charmeil dans leur rapport [2]. En effet, la médecine « 4P » vient modifier considérablement notre rapport à la maladie, maladie qui devient prévisible et dont la prise en charge est davantage personnalisée. Cette bascule vers une médecine individualisée s'observe tant sur le plan curatif, et notamment le développement des thérapies ciblées, que sur le plan préventif, avec les avancées considérables de la génomique qui permettent parfois de prédire la maladie. Offrir, demain, la possibilité à chacun d'entre nous de lire son « futur pathologique » est de nature à ébranler le principe de solidarité sur lequel a été forgé notre modèle de protection sociale. En effet, dès lors que le risque n'est plus entendu que comme intrinsèquement lié à l'individu et donc "individualisé" à outrance, il pourrait ne plus avoir vocation à être socialisé. Comment la société pourra-t-elle, en effet, venir au soutien d'un malade du cancer si ce cancer résulte de comportements non vertueux suivis délibérément alors que la maladie était annoncée ? Plus généralement, le glissement d'une prévention collective vers une prévention individuelle doit nous interroger. En vantant les « bons comportements individuels », une telle stratégie renoue avec les atours paternalistes de la santé publique. Nous insistons sur l'importance de préserver une approche collective des questions de santé,

Par ailleurs, la « médecine du futur », parce qu'elle sera préventive, invitera les individus à contrôler chacune de leurs compétences voire à les améliorer. Les contours de l'humanité pourraient ainsi s'en trouver radicalement bouleversés si l'homme-augmenté se concrétisait. Dès aujourd'hui, les ambitions transhumanistes doivent donc être encadrées et les limites adéquates fixées.

S'agissant de la réflexion bioéthique dans son ensemble, il nous semble important de souligner le besoin d'une collaboration internationale. Si la portée du cadre légal est bien nationale, il est illusoire de restreindre l'espace de la réflexion à cette échelle. Les disparités actuelles entre les pays, notamment européens, soulèvent des problématiques importantes dans un monde de plus en plus ouvert. La France doit continuer et renforcer son implication dans la collaboration internationale sur la réflexion bioéthique. Un effort d'harmonisation des législations doit être fait, particulièrement sur les sujets qui nécessitent une forte collaboration entre les pays.

DÉVELOPPER UNE AUTHENTIQUE ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Si la réflexion bioéthique est résolument tournée vers l'individu, nous souhaitons souligner l'importance de considérer une véritable éthique de santé publique. Le caractère collectif des interventions en santé publique implique une autorité législative et/ou réglementaire plus large, susceptible d'empiéter sur les droits individuels et ainsi de faire naître des questionnements éthiques nouveaux

Concrètement, il pourrait s'agir de déterminer dans quelle mesure les principes de l'éthique clinique (des soins de santé) - que sont l'autonomie [3], la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice - sont appropriés et s'adaptent à la dimension populationnelle et fondent ainsi une éthique de santé publique, qui vise la collectivité et non les individus. Même si le concept a été développé de longue date [4-5], il s'affirme depuis les années 2000 [6]. Dans la perspective de la santé publique, ce n'est plus le patient qui se tourne vers le médecin, mais c'est la société qui sollicite l'individu.

Comme l'a souligné l'Organisation mondiale de la santé [7], cette différence de points de vue suscite un certain nombre d'interrogations. Par exemple, la lutte contre les maladies infectieuses soulève le problème de la limitation des libertés individuelles nécessaires à la protection d'autrui. En matière de promotion et de prévention de la santé, la question est de savoir dans quelle mesure une autorité de santé publique peut interférer dans les choix des individus face à des comportements délétères pour leur santé, tels que le tabagisme ou une "mauvaise" alimentation.

Au-delà d'une éthique "en" santé publique, les professionnels de la santé publique se doivent donc aussi de réfléchir à ces enjeux

et de développer une réflexion éthique sur leurs interventions (les initiatives, ici, ne proviennent pas du patient), sur les valeurs qu'ils véhiculent et promeuvent et sur la manière dont ils pensent la norme. En ce sens, ils sont les artisans d'une éthique "de" santé publique.

Si ces questions ne sont pas à proprement parler du cadre de la bioéthique, nous souhaitons voir émerger dans le débat une réflexion sur le développement d'une éthique de santé publique.

RÉFÉRENCES :

[1] Rapport du Comité International de Bioéthique sur les mégadonnées et la santé, Septembre 2017.

[2] Cinq propositions pour la médecine du futur. Un enjeu majeur pour la France, Pr André Syrota et Olivier Charmeil, Avril 2017.

[3] Sylvie Gravel et al., « Éthique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ? », Éthique publique, vol. 12, n° 1 | 2010, 227-250.

[4] Beauchamp, D.E. (1976). Public health as social justice. Inquiry, 13, 1-14.

[5] Lappe, M. (1986). Ethics and public health. Dans J.M. Last (dir.), Maxcy-Rosenau public health and preventive medicine (12e éd.;p.1867-1877). Norwalk, CT : Appleton-Century Crofts.

[6] Kass, N. (2004). Public health ethics : From foundations and frameworks to justice and global public health. Journal of Law, Medicine & Ethics, 32, 232-242.

[7] Carl H Coleman et al. - Contribution de l'éthique à la santé publique

Remerciements :
Le bureau du CliSP souhaite remercier Clément Massonnaud et Sylvain Gautier pour la rédaction, les échanges et discussions sur ce texte

RETOUR SUR L'UNIVERSITÉ D'ÉTÉ EN SANTÉ PUBLIQUE DE BESANÇON

Retour sur l'université d'été de Besançon – du 1er au 6 juillet 2018

Venus d'horizons différents et tous animés par un même désir de nous réunir autour de questions de santé publique, nous nous sommes mis en route la première semaine de juillet pour Besançon et son université d'été !

L'objectif de celle-ci - comme l'indiquait si bien la brochure - était de « favoriser la réflexion et les échanges autour d'expériences originales afin de répondre à des problématiques concrètes sur des sujets d'actualité ».

Et ce fut le cas ! La semaine a été agréablement partagée entre des conférences et débats avec l'ensemble des deux cents participants et nos enseignements en groupe selon le module choisi (parmi quatorze proposés).

En prime, nous avons apprécié la visite de Besançon, la soirée festive, le journal de l'université et l'organisation parfaite !

Nous vous proposons un retour – parfois imagé ! - sur chacun des modules auxquels nous avons participé.

Besançon et le Doubs

MODULE « DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES (CPS) » : LA RECETTE ULTIME

Tomber dans la marmite...

À un moment donné durant l'internat de santé publique, on essaye de comprendre ce qu'est la promotion de la santé. Ça peut être au tout début pour les intéressés, à l'occasion d'un congrès pour les néophytes ou souvent, au détour d'un stage. Bref, on tombe dans la marmite à des âges et des niveaux de compétences différents, mais, assez rapidement, la notion de compétences psychosociales fait son apparition.

Plonger !

Après moult lectures sur le sujet, rassuré par l'impression que le concept[1] est enfin digéré, l'envie de vanter les mérites du développement des CPS ne tarde pas à se manifester. Pour autant, le savoir-faire, le savoir-être, s'acquièrent rarement le nez dans un livre ou éclairé par un onglet Pubmed.

[1] Selon l'OMS, les compétences psychosociales sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Besançon, église Saint-Pierre

Participer au module CPS de l'université d'été, c'est un peu être un jeune padawan des CPS qui débute son apprentissage chez maître Yoda (alias Christine Méo, Alice Coste, Magali Segretain). C'est une semaine durant laquelle les rencontres, les réflexions, les partages et les expériences vécues viennent nourrir ce beau concept théorique des CPS. Comble du luxe : les intervenantes sont dynamiques, enthousiastes et s'adaptent aux besoins des participants.

Extraire la substantifique moelle…

Chacun retiendra ce dont il a besoin : des apports théoriques, comment travailler sa posture professionnelle, quelques techniques d'animation, une grande dose de sagesse, etc. La leçon principale étant que, peu importe le contexte dans lequel le développement des CPS sera mobilisé par la suite dans votre vie de professionnel de santé publique, l'important est de toujours s'inscrire dans une démarche globale de promotion de la santé.

…bien laisser infuser.

L'effet produit par les réflexions et les échanges est difficilement mesurable immédiatement. C'est une semaine de formation à infusion longue : les bénéfices s'en feront ressentir encore longtemps.

Nous conseillons cependant de réaliser ce module de CPS en seconde moitié d'internat afin d'en apprécier toutes les saveurs.

MODULE « PRODUCTION ET UTILISATION DE DONNÉES QUALITATIVES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE »

Ce module avait pour objectif de nous faire mener notre propre recherche qualitative durant la semaine. Répartis en groupe de 4 ou 5, nous avions pour thème de recherche « la marche et le genre ».

Entre apports théoriques et production de groupe, plusieurs étapes se sont succédé: définir une question de recherche, identifier un lieu d'étude, préparer la grille d'entretien et mener les entretiens notamment.

Ce fut un peu déstabilisant au début, en particulier à l'annonce du programme et du rythme de la semaine : nous ne nous attendions pas à interroger les habitants de Besançon, qui plus est sur un sujet sur lequel nous n'étions pas forcément à l'aise !

Mais quelle semaine ! Bien sûr, je [Manon Burgat, ISP à Dijon] ne pourrais pas mener une étude qualitative seule, sans encadrement, mais je pense en avoir compris les grands principes, le fil conducteur et la méthodologie.

Et surtout je sors de cette semaine enrichie ! Enrichie des échanges avec mon groupe et du travail que nous avons mené en nous coordonnant. Enrichie et surprise, aussi. Surprise de ce travail que nous avons été capables de produire en si peu de temps, sans nous connaître au préalable et venant d'univers si différents, chacun apportant ses compétences.

En résumé, une bonne dynamique de groupe, un encadrement de qualité et bienveillant, de belles rencontres et l'acquisition de connaissances… Que demander de plus ?

MODULE « LITTÉRATIE EN SANTÉ »

Avant le début de la semaine, je pensais que le concept de littératie se limitait à la « compréhension » des informations et l'image qui me venait en tête en y pensant était celle des commentateurs déchaînés sur les réseaux sociaux qui réagissent à l'information sans l'avoir comprise.

Grâce aux activités interactives, à l'énergie et à la capacité d'animation des intervenantes, nous avons exploré les quatre dimensions de la littératie, et en particulier de la littératie en santé.

La littératie naît de l'interaction entre compétences, connaissances et motivations qui permettent de repérer, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les informations utiles pour prendre des décisions.

La littératie n'est donc pas seulement liée à la capacité de lire et écrire ou au niveau scolaire, mais aussi à la complexe interaction entre environnement social, contexte culturel et aspects psychologiques, émotionnels et cognitifs.

On peut prendre en compte la littératie des publics en modifiant nos pratiques, cela va de notre manière de parler à la manière de produire et diffuser des documents.

Mais un autre travail important consiste en l'amélioration des compétences de tous.

MODULE « CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE : AGIR SUR LES TERRITOIRES »

Ce module avait pour objectif de mieux comprendre ce qu'était le changement climatique afin de construire des interventions au niveau local.

Durant la première moitié de la semaine, nous avons travaillé sur la définition de plusieurs notions : changement climatique (à distinguer du réchauffement climatique), îlot de chaleur, adaptation, atténuation, vulnérabilité, résilience, pollution urbaine... De quoi remettre les idées au clair !

Nous nous sommes ensuite répartis en 3 groupes qui, chacun, avait la responsabilité d'un territoire fictif : une île, une zone littorale et une zone continentale.

Le but du jeu était de se mettre dans la peau d'acteurs territoriaux et de proposer des actions selon différents scénarios proposés par nos formateurs : canicule, évènements extrêmes, pression sur les ressources (eau et nourriture), etc. Pour finir chaque groupe a restitué ses propositions d'actions (plus ou moins réalisables !) devant les autres groupes, le tout dans la bonne humeur et sous l'œil bienveillant de nos formateurs.

UN DERNIER MOT

Vous l'avez compris, nous sommes unanimes : cette semaine fut très enrichissante !

Une ambiance légère a régné en ce début d'été - contrastant avec les températures élevées - et c'est sans effort que nous avons gagné en connaissances et en expériences et nous sommes nourries de la pluridisciplinarité des participants.

Alors, motivés pour participer ?

Rien de plus simple : l'année prochaine surveillez l'ouverture des inscriptions, et contactez Lara Destaing pour bénéficier du **tarif préférentiel de 100€ pour les internes de santé publique !**

Rendez-vous en juillet 2019 à Besançon !

Magali Koczorowski, ISP à Dijon

Manon Burgat, ISP à Dijon

Maria Francesca Manca, ISP à Dijon

Marie Corneloup, ISP à Dijon

Clémentine Salel, ISP à Montpellier

Interview

Professeur titulaire de la chaire Hygiène et sécurité sanitaire au CNAM

INTERVIEW DE WILLIAM DAB

William Dab a été directeur général de la santé entre 2003 et 2005. Il est, depuis 2001, professeur titulaire de la chaire Hygiène et sécurité sanitaire au CNAM et dirige, par ailleurs, le laboratoire de recherche Modélisation et Surveillance des Risques pour la Sécurité Sanitaire.

Relevez-vous le défi consistant à vous présenter et à décrire succinctement votre parcours ?

C'est un défi, en effet, parce que mon parcours a été tout sauf linéaire. Outre mon choix pour la dimension publique de la santé, le seul fil rouge à comprendre est qu'à chaque étape, j'ai choisi la qualité des hommes plutôt que les opportunités de carrière. Il n'y a pas de logique à ce que médecin, je sois aujourd'hui responsable d'une filière d'ingénieur. Ni à ce que je quitte le monde hospitalo-universitaire pour enseigner à l'École nationale de la Santé publique qui n'avait pas bonne réputation à l'époque. Pas plus à ce que j'ai été nommé directeur général de la santé par un gouvernement de droite, alors que je me suis toujours situé à gauche. Je dois reconnaître que j'ai eu de la chance parce que ces choix de ruptures auraient très bien pu me mener dans une impasse. Mais à chaque étape, ce qui m'a guidé, c'est l'envie de travailler avec des personnes qui avaient une motivation réelle pour améliorer la santé de la population.

Comment est né votre intérêt pour la santé publique ?

Quand j'ai réussi le concours de l'internat des hôpitaux de Paris, en 1977, nous étions moins de 10 ans après le choc de mai 68. Le premier élément était que j'estimais que la dimension sociale de la médecine méritait d'être renforcée. Le second élément est que j'aime les mathématiques. J'ai hésité longtemps entre les classes préparatoires des écoles d'ingénieur et la médecine. Aussi, quand j'ai découvert l'épidémiologie, j'y ai vu l'occasion de concilier mon attrait pour la science et un métier orienté vers l'Homme et la société.

Vous dirigez le laboratoire de recherche Modélisation et Surveillance des Risques pour la Sécurité Sanitaire. Quels sont les projets de recherche en cours au sein du laboratoire ? Quels outils utilise-t-on actuellement et développe-t-on pour mesurer les risques sanitaires de demain ?

L'intitulé du laboratoire dit bien son objet. Nous utilisons deux catégories d'outils : l'épidémiologie et la modélisation mathématique et statistique. Nous les appliquons à deux grands thèmes : les risques infectieux avec une forte implication sur les risques de l'antibiorésistance ; et les risques professionnels dans l'optique de construire des systèmes de surveillance des risques et d'évaluation des actions de prévention.

Dans votre blog, vous appelez de vos vœux le développement d'une plus grande culture du risque dans notre société. De quoi s'agit-il, quels en sont les enjeux et comment y parvient-on ?

En santé publique, il y a deux grandes problématiques. D'une part, le risque (au-delà du risque épidémique), son évaluation et sa gestion. D'autre part, la question des inégalités de santé qui sont particulièrement fortes en France.

Le risque est un concept passionnant, pas si facile que cela à définir, d'ailleurs. Au lieu de se contenter de réagir comme on l'a fait durant des siècles, le risque permet d'anticiper, d'être dans une posture proactive. Un autre point est que le risque est vécu individuellement, mais qu'il se traite socialement et politiquement. Agir contre des événements qui ne sont pas survenus, mais qui pourraient le faire est un trait proprement humain. On ne veut pas juste tirer les leçons du passé, on veut tenter de maîtriser l'avenir, ce qui soulève d'immenses questions comme on le voit avec la problématique du climat et les controverses autour du principe de précaution.

Au temps des hygiénistes, la question était de transformer les connaissances scientifiques en actions préventives. Aujourd'hui, la question est celle de la conduite à tenir face au doute que tel ou tel facteur soit dangereux.

Donc, le grand enjeu est de construire une politique du risque, j'en discute dans mon livre « Agir face au risque », c'est-à-dire une vision globale et hiérarchisée des risques ainsi que d'une doctrine de gestion. Actuellement nous agissons au coup par coup avec un agenda qui est souvent dicté par l'émotion médiatisée, sans cohérence. On tolère 25.000 cas de cancers par an d'origine professionnelle, mais on interdit les OGM qui n'ont encore tué personne (ce qui ne veut pas dire qu'ils soient sans danger). Développer une culture du risque, c'est faire en sorte que notre société ait une maturité face à ces problèmes complexes et que chaque citoyen en soit acteur.

La perception des risques par la population est parfois décorrélée de leur réalité. On pense à l'exemple de la vaccination. Comment réduire l'écart entre risques perçus et risque réels ? Faut-il mieux communiquer sur les risques ?

C'est une des questions qui illustre le besoin de compétences spécialisées en santé publique et son caractère pluridisciplinaire. Du point de vue de l'épidémiologie, ce genre d'écart semble irrationnel. Du point de vue de psychologie, de la sociologie et de l'économie, c'est au contraire d'une rationalité certaine, mais qui n'est pas quantitative. Les recherches sur les déterminants de la perception sociale des risques montrent que les deux axes qui la structurent sont d'une part, le potentiel catastrophique (un crash d'avion reçoit plus d'attention, que les accidents de voiture) et d'autre part, l'intolérance à l'incertitude. Ce qui est incertain fait plus peur que ce qui est connu et qualifier ce penchant d'irrationalité est une position scientiste.

Par conséquent, croire qu'il suffit de communiquer sur les risques pour changer leur perception est une grande naïveté. D'où l'importance de la politique évoquée plus haut. Comment concilie-t-on l'innovation et la prise de risque ? Ce n'est pas qu'une question de communication ou d'éducation. C'est le débat démocratique qui doit permettre de trouver le meilleur équilibre.

Depuis octobre 2015, vous dirigez la chaire « Entreprise et santé » du CNAM-Malakoff Médéric. Les mondes de la santé et du travail sont parfois éloignés et leurs objectifs peuvent sembler contradictoires. Comment replace-t-on la santé des salariés au cœur de la stratégie des entreprises ?

Il est difficile de répondre en quelques mots, c'est une situation complexe qui appelle une analyse historique qui est dans mon livre « La santé et le travail ». La santé au travail fait intégralement partie de la santé publique, mais elle a une particularité forte : c'est l'employeur qui porte la responsabilité de la santé des employés. L'élément clé est de sortir d'une vision de la prévention imposée comme une contrainte extérieure aux entreprises pour qu'elles comprennent le lien intrinsèque entre la santé des employés, la qualité des produits et des services et la performance de l'entreprise, ce que les économistes ont bien montré.

Par ailleurs, avec le vieillissement de la population au travail, la santé devient un enjeu stratégique pour les entreprises. La prise de conscience est en train de se faire. Je constate des évolutions rapides sur le terrain. La santé au travail va devenir un grand champ d'action pour les professionnels de santé publique.

Dans vos billets, vous revenez à plusieurs reprises sur les conflits d'intérêts. La question de la confiance semble centrale dans la perception des risques par la population et de fait, dans leur gestion. Comment fait-on pour restaurer la confiance entre industriels, experts, décideurs d'une part et la population d'autre part ?

La question des conflits d'intérêts est très sensible en France. Depuis la Révolution, la puissance publique prétend agir au nom de « l'intérêt général ». Le terme « égalité » figure sur tous les bâtiments républicains. En réalité, qu'il s'agisse d'éducation ou de santé, notre pays est l'un des plus inégalitaires en Europe, les données sont très claires.

Je considère que les intérêts particuliers sont légitimes, au demeurant ils sont inévitables sauf à prôner la dictature. Dès lors, le rôle de la puissance publique est de s'assurer qu'un des intérêts en présence ne devienne pas hégémonique. Une grande partie de la population considère que la santé est sacrifiée sur l'autel des intérêts économiques. Ceci est dû au profond déficit de santé publique que la France a connu jusqu'aux années 2000 avec la multitude de crises du sida, au prion pathogène, à l'amiante, etc. De fait, la confiance dans les institutions est chez nous l'une des plus faibles dans le monde.

C'est un problème parce que comme je le disais plus haut, aujourd'hui, gérer le risque, c'est gérer l'incertitude. Et on ne peut pas gérer l'incertitude sans la confiance des parties prenantes. Encore une fois, il nous faut une vraie politique du risque sans laquelle on ne pourra pas reconstruire la confiance.

Vous avez consacré une partie de votre vie à la mesure du risque sanitaire. Comment passe-t-on de la mesure d'un risque à une décision politique ?

Ma thèse de doctorat es sciences porte sur cette question et j'en ai tiré un livre qui s'appelle prétentieusement « La décision en santé publique ». Je n'ai pas trouvé de réponse unique à cette problématique. Parfois, le passage connaissance action est très rapide, parfois il est lent et parfois il est inexistant. De nombreux facteurs interviennent : le fait que le risque soit identifié et mesuré ; le fait qu'il existe des responsabilités claires pour le gérer ; la force respective des intérêts en présence ; la mobilisation des parties prenantes, etc.

Il faut bien réaliser qu'il ne suffit pas que l'épidémiologie nous dise que tel facteur de risque est associé à un risque relatif de disons

huit de mortalité pour que l'on sache quoi faire en pratique. C'est pour cela que former un spécialiste de santé publique demande autant de temps. Agir au niveau des populations est plus complexe que l'action au niveau individuel comme le fait le médecin.

Vous avez occupé le poste de directeur général de la santé de 2003 à 2005. Quelles leçons tirez-vous de cette expérience ? Quels ont été les dossiers marquants de votre mandature ?

J'ai pris mes fonctions au lendemain de la canicule de 2003. L'organisation des réponses face aux urgences de santé publique a été mon premier souci. L'autre grand dossier a été la préparation de la loi de santé publique qui a été promulguée en 2004, un siècle après la précédente...

Aucune organisation ne met un cadre dirigeant dans la situation où l'État met son DGS. Avec un hiatus énorme entre les missions et les moyens, entre la nécessité de penser le moyen terme et la pression du quotidien. Par exemple, en septembre 2003, je dois restaurer la confiance interne et externe, lancer la préparation des grands plans d'urgence incluant le bioterrorisme, répondre à la commission d'enquête parlementaire sur la canicule et m'occuper d'un petit chien enragé qui sème l'effroi dans les campings du Sud-Ouest.

Enfin, les choses s'améliorent. Quand je pense aux DGS qui n'avaient pas la compétence de Santé Publique France à leur disposition, je tremble pour eux. C'est comme diriger une armée dans le brouillard, sans carte, sans radar, sans éclairage.

Quelle place, quels métiers pour les internes et les jeunes médecins de santé publique dans le champ de la mesure et de la gestion des risques sanitaires ?

Le champ de la santé publique est immense, le nombre de problématiques à traiter est quasi infini. Les carrières en santé publique offrent une rare diversité. Ceux qui font ce choix avec une véritable ambition auront une vie professionnelle passionnante. On a encore du mal à conjuguer en France une pratique clinique et un travail de santé publique, mais cela va venir.

En ce qui concerne la problématique du risque, les médecins de santé publique ayant une formation solide en épidémiologie sont en situation de leadership incontestable. Avec le nombre de cohortes existant, les immenses bases de données, la téléphonie mobile, nous sommes à la veille d'une véritable révolution en matière de surveillance et d'évaluation des risques. La sécurité sanitaire ne doit pas monopoliser la santé publique, mais elle en est un des moteurs les plus puissants. Il faut des informaticiens, des statisticiens, etc. mais la compétence médicale est indispensable pour donner sens aux chiffres.

Pour terminer, à votre avis, à quels grands enjeux les acteurs de santé publique seront-ils confrontés demain ?

Nous sommes face à un paradoxe. Le champ de la santé publique est désormais clairement identifié, il attire des talents, il a des institutions solides, des leaders puissants comme Bill Gates. En même temps, l'idée de penser et d'agir sur la santé au niveau des populations est menacée du fait d'une conjonction de plusieurs facteurs : un libéralisme de plus en plus puissant qui s'oppose à l'idée de réguler les marchés ; les progrès scientifiques qui ouvrent la voie à l'individualisation du risque (dès lors à quoi bon le mesurer au niveau de la population disent certains ?) ; les difficultés financières des systèmes d'assurance maladie ; la paupérisation des États.

Plus que jamais, les médecins de santé publique devront être des avocats de la santé.

Propos recueillis par Jalal Charron, ISP à Paris

Lien vers le blog de William Dab : http://securitesanitaire.blog.lemonde.fr/

Interview

Médecin de santé publique et directrice de la maison d'édition le Coudrier

INTERVIEW DU DR GAYRARD

Pouvez-vous vous présenter et décrire votre parcours en quelques mots ? A quel moment avez-vous décidé de construire une maison d'édition ?

A la fin de mes études, je souhaitais faire de la santé publique : j'avais la conviction qu'on pouvait améliorer la santé de la population en agissant au niveau collectif (sur l'organisation des soins, la promotion de la santé, la formation des acteurs...). Mais à l'époque, en 1985, il y avait peu de travail dans le secteur. Comme je m'étais formée en pharmacologie clinique, j'ai débuté mon parcours professionnel dans l'industrie pharmaceutique en faisant de la recherche clinique et de la pharmacovigilance. J'y ai passé trois ans avant de déménager à Lyon où j'ai terminé le CES de santé publique et commencé à travailler dans le secteur.

Après deux contrats courts au CHU (département d'information médicale) et pour un projet de recherche à l'Institut d'épidémiologie, j'ai dirigé le service d'hygiène et de santé de Vénissieux pendant un an et demi. Puis, j'ai pris la direction de l'ORS Rhône-Alpes où j'ai passé neuf ans. Forte de cette expérience, j'ai créé mon activité de conseil et de formation en santé publique. J'ai, dans ce cadre, collaboré avec l'ENSP (actuellement EHESP - école des hautes études en santé publique).

C'est pendant ces neuf ans que j'ai mesuré le manque d'ouvrages pratiques en santé publique et qu'est née l'idée de créer une maison d'édition spécialisée dans le domaine.

Lorsqu'on est médecin de santé publique, comment s'y prend-on pour construire une maison d'édition et à quelles difficultés se trouve-t-on confronté ?

Le métier d'éditeur est un métier à part entière, nouveau pour moi en 2010. J'ai suivi des formations courtes et me suis lancée.

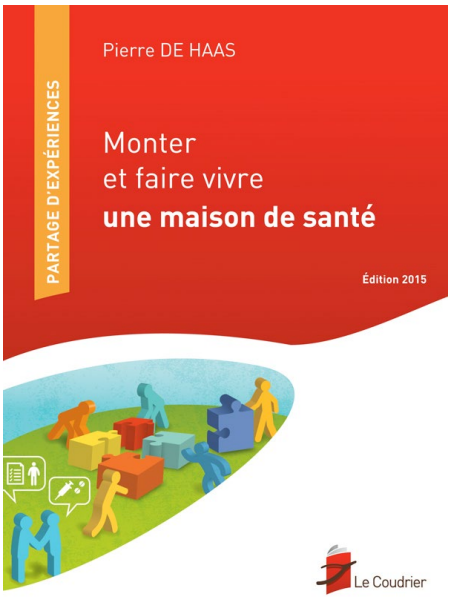
Les difficultés sont celles d'un secteur – l'édition - dans lequel il est difficile de vivre de son activité, et celles liées à la création d'entreprise. C'est une aventure, tout est à construire !

J'ai créé Le Coudrier parce que j'étais convaincue de l'utilité du projet. Et aussi, plusieurs de mes fonctions précédentes m'y avaient préparée. Quand j'étais à l'ORS, j'assurais la publication d'une lettre d'information destinée aux

acteurs rhônalpins pour laquelle j'accompagnais des professionnels de la région dans l'écriture d'articles. Il s'agissait pour eux de partager leur expérience de terrain. J'y prenais beaucoup de plaisir et cela fonctionnait bien.

Les actions en santé publique restent encore aujourd'hui méconnues. Les faire connaître participe à la diffusion d'une culture dans le domaine. L'idée du Coudrier est de réaliser des ouvrages qui ne se cantonnent pas aux idées ou à la théorie mais plutôt qui fassent comprendre de façon concrète ce qu'est la santé publique sur le terrain, ce que font les acteurs, comment ils s'y prennent, les difficultés qu'ils rencontrent et comment ils y font face.

Il aurait été plus simple de diriger une collection dans une maison d'édition existante. J'ai préféré créer ma propre maison afin



d'avoir le choix des sujets, des formats, de mon lieu de travail.... J'avais la possibilité de prendre ce risque, je l'ai pris, et je ne le regrette pas : j'ai découvert un nouveau secteur, rencontré des auteurs passionnants et j'ai le sentiment de faire un travail utile. Aujourd'hui, mon souhait est de solidifier la structure.

Les ouvrages publiés par la maison d'édition le Coudrier sont résolument tournés vers l'action, vers les savoirs pratiques. Quel a été le constat à la base de ce choix ? Un manque d'outillage des acteurs de terrain ?

Oui, tout à fait : on demande souvent aux acteurs de terrain de mettre en œuvre des idées, sans leur dire comment ! Or, en santé publique, il existe peu de livres pratiques à l'image de ceux que l'on trouve dans le monde de l'entreprise. J'ai eu envie de réaliser de tels livres pour accompagner les acteurs dans leur pratique, des livres de compagnonnage en quelque sorte.

Le premier ouvrage que nous avons publié portait sur les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). A l'époque, je travaillais sur le sujet, dans le cadre de mon activité de conseil et j'avais rencontré Pierre De Haas, l'auteur. Il avait créé sa MSP et développé un concept en « six briques », base de la construction d'une MSP.

L'idée du livre était d'aider les acteurs potentiels de ces projets, soit principalement les acteurs libéraux et les collectivités territoriales, dont les rôles sont complémentaires. Ces acteurs font partie de deux mondes aux cultures différentes. Ils se connaissent peu et la collaboration peut être difficile. Les maires pensent parfois qu'ils n'ont qu'à construire un bâtiment, puis dire aux médecins « venez travailler ici ». Ce n'est pas aussi simple que ça ! Il s'agissait dans le livre de montrer à travers l'histoire de MSP dont les projets ont réussi quelles sont les six briques à assembler et d'expliquer comment les acteurs pouvaient travailler ensemble. Nous voulions grâce au livre fédérer les acteurs, leur donner les mêmes connaissances et recommandations pour qu'ils soient capables de construire ensemble une MSP.

La ligne éditoriale du Coudrier : Des livres pour comprendre et agir en santé publique

- Conçus dans une approche résolument pratique
- Illustrés d'exemples ou d'expériences
- Écrits par des auteurs ayant une expérience concrète des sujets
- Des formats courts aux maquettes claires et didactiques
- Un travail éditorial attentif pour réaliser des ouvrages de qualité adaptés aux besoins des acteurs

Monter et faire vivre une maison de santé, Télémédecine, enjeux et pratiques... Vos choix éditoriaux témoignent d'un intérêt pour l'organisation des soins et la transformation du secteur ambulatoire. Participer à la conduite du changement : votre manière à vous de faire de la santé publique ?

Tout à fait ! L'idée c'est, à travers nos livres, de faire en sorte que les choses bougent dans le bon sens !

Par exemple, les MSP sont des projets intéressants à la fois pour les professionnels, pour la population et pour le système de santé. De la même façon, il est important que la télémédecine se développe pour améliorer l'accès

aux soins et la coordination des acteurs en particulier. Mais cela demande un changement des pratiques et des organisations qu'il faut accompagner. Pour que les soignants souhaitent intégrer la télémédecine dans leurs pratiques, il faut qu'ils en comprennent les enjeux et qu'ils n'en aient plus peur. Le livre de Pierre Simon, néphrologue et pionnier du domaine, répond à cet objectif.

Tous nos livres sont faits dans cet esprit : participer à l'amélioration de la santé publique en diffusant des connaissances, des partages d'expériences et des outils pour l'action ou la décision.

Quel est le travail du comité éditorial ?

Le travail du comité éditorial est d'accompagner la maison d'édition dans ses choix éditoriaux et dans la promotion et la diffusion de ses ouvrages. La diffusion est en effet tout aussi importante que le travail éditorial pour que les livres atteignent leur public.

De notre côté, nous présentons et vendons nos ouvrages, papier et numériques, sur notre site www.edition-lecoudrier.fr. Nous avons un distributeur « papier » qui nous permet d'être présents en librairies et sur des sites de vente en ligne. Nous avons aussi un distributeur pour les e-books qui nous garantit une présence sur les plates-formes numériques.

De plus, nous essayons de faire connaître les livres dans les revues et les congrès professionnels. La diffusion est un travail de tous les jours !

Comment décide-t-on de faire un livre et avec qui ?

Les projets naissent de la rencontre avec un auteur, parfois provoquée, parfois imprévue. Il y a un peu tous les cas de figures. Pour le premier livre, j'avais rencontré l'auteur lors d'une réunion. Le livre sur la gouvernance, c'est l'auteur qui me l'a proposé, je trouvais l'idée pertinente et utile, donc j'y suis allée. Le troisième livre, sur les techniques d'animation en promotion de la santé, c'est moi qui ai sollicité l'auteur pour qu'il l'écrive. Cela a pris du temps mais on a réussi à le faire.

Le plus difficile est de trouver des auteurs investis sur un sujet et prêts à prendre le temps de l'écriture pour transmettre leurs savoirs. Il y a beaucoup de sujets sur lesquels j'aimerais travailler sans avoir encore trouvé d'auteurs pour les traiter à notre manière, c'est à dire de façon concrète et pratique, dans un objectif de santé publique. Nous sommes en permanence à la recherche d'auteurs.

Une fois la décision de publication prise, de quel accompagnement a besoin un auteur dans son travail d'écriture ?

Cela dépend des auteurs. Au Coudrier, nous nous adaptons aux besoins des auteurs qui, comme ils sont acteurs de terrain, ont une charge de travail importante par ailleurs.

Nous les accompagnons dans l'écriture et dans la structuration de leur ouvrage. Nous effectuons la première relecture et vérifions que le texte répond aux besoins des lecteurs, est clair et compréhensible pour tous, et suffisamment illustré. Notre position de non expert du sujet nous donne la distance utile pour déterminer quand il est utile de donner des exemples ou plus d'explications pour aider à la compréhension.

L'accompagnement est très important - c'est courant pour un éditeur - mais dans notre cas, il s'agit d'un accompagnement spécifique, « santé publique ».

A part vous, combien de personnes travaillent à temps plein au Coudrier ?

Nous sommes deux : une salariée, Elsie Charreyron, responsable de la diffusion et moi-même.

La vente des ouvrages vous permet-elle de vous rémunérer et de lancer de nouveaux projets ?

Aujourd'hui, la vente des ouvrages ne permet pas de me rémunérer, nous assurons seulement un salaire. Nous n'avons pas suffisamment d'ouvrages publiés chaque année pour que cela soit possible. Notre objectif est de réaliser plus de titres (trois par an) et de trouver chaque année un partenariat sur un livre afin d'équilibrer notre budget et de faire vivre la maison dans le temps.

En quoi l'offre proposée par l'édition le Coudrier se distingue-t-elle/ complète-t-elle celle des presses de l'EHESP ?

Je pense que nos publications sont complémentaires. L'édition le Coudrier a une ligne vraiment spécifique : pratique et concrète avec des auteurs qui sont des professionnels de terrain. Les Presses de l'EHESP publient de nombreux ouvrages, souvent d'enseignants de l'école, en rapport avec les formations dispensées.

Le catalogue des Presses de l'EHESP est très étoffé. Nous publions moins de livres mais **chacun de nos livres est un projet de santé publique en tant que tel**.

Parmi les acteurs de terrain, votre public cible, vous avez le sentiment que vos livres se diffusent bien ?

Il est très difficile de mesurer notre diffusion. Nous ne la mesurons qu'à travers nos ventes qui sont plutôt bonnes par rapport à un ouvrage moyen dans le secteur professionnel. Nous avons aussi de très bons retours des acteurs qui nous lisent et de la presse spécialisée. Le côté pratique, clair et concret est apprécié. Il répond à un besoin, les acteurs reconnaissent dans nos livres les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique et ils y trouvent des réponses aux questions qu'ils se posent.

Quels conseils donneriez-vous aux ISP intéressés par l'édition ?

S'ils souhaitent vivre de leur métier, je conseille aux ISP intéressés par l'édition d'intégrer une maison existante, dont ils trouvent la ligne éditoriale intéressante, en y créant éventuellement une collection.

Pour terminer, avez-vous un projet de livre en ce moment ?

Nous préparons en ce moment un livre sur la qualité en EHPAD. On parle beaucoup aujourd'hui des difficultés concernant la qualité de vie au travail dans ces établissements. Notre projet, construit avec l'auteur, qui est un médecin gériatre coordonnateur d'EHPAD, est de faire un guide destiné principalement aux équipes des établissements (direction et soignants). Ce livre traite de tous les aspects de la qualité en apportant des repères et des conseils pratiques. La qualité de vie professionnelle, comme celle des résidents, y tiennent une place importante.

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Oui, deux choses :

Nous cherchons un auteur pour une nouvelle édition du livre Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels. L'auteur de la première édition, Patricia Siwek, n'a pas suffisamment de disponibilité pour l'actualiser mais elle est prête à aider celui ou celle qui voudra s'en charger.

Enfin, j'invite les internes de santé publique intéressés par notre projet à nous aider à faire connaître nos livres, en parlant du Coudrier autour d'eux, sur la toile ou de vive voix ; en nous suivant sur Facebook ou LinkedIn ; ou encore, en nous suggérant des sujets, des auteurs potentiels, et des partenariats ; et pourquoi pas, en devenant auteur !

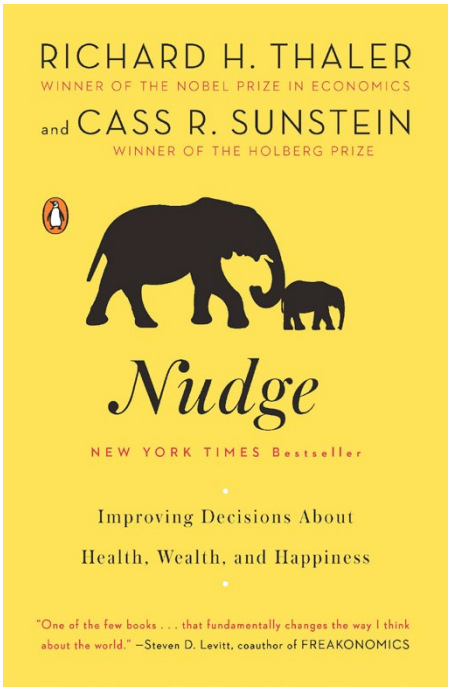
Lien vers le site internet des éditions Le Coudrier : https://www.edition-lecoudrier.fr/

Propos recueillis par Sara Corbin, ISP à Lyon

Interview préparée par Jalal Charron, ISP à Paris

Richard Thaler – Cass Sunstein

NUDGES : COMMENT INSPIRER LA BONNE DÉCISION ?



ATTENTION, cette fiche de lecture est un Nudge, elle risque, pour votre bien, de vous donner envie de lire ce livre.

Omniprésente dans notre système de santé, l'économie, est parfois regardée avec méfiance, étant associée aux notions de contrainte et restriction. Avec ce livre, l'économie comportementale nous propose une approche méthodologique visant à améliorer la santé collective tout en respectant la liberté individuelle.

LES AUTEURS :

Richard Thaler, économiste américain, et Cass Sunstein, juriste, ont popularisé la notion de Nudge et le « paternalisme libertarien ».

En 2017, Thaler remporte le prix Nobel d'économie pour sa « compréhension de la psychologie de l'économie ».

RÉSUMÉ :

Traditionnellement, deux approches s'opposent concernant les choix déterminant la santé individuelle. Le paternalisme, approche historique considérant les individus comme des enfants incapables de choisir ce qui est bon pour eux et la décision médicale partagée, où l'information doit être partagée avec l'individu pour lui permettre de faire un choix éclairé.

Le Nudge propose une troisième voie autoproclamée « paternalisme libertarien ». « Paternalisme » car les acteurs de la santé mettent en avant le choix qu'ils estiment le bon et le rendent plus facile, « libertarien » car la décision appartient à l'individu qui peut, sans contrainte supplémentaire, choisir une autre option.

Le Nudge est une incitation douce qu'on donne à un individu pour modifier son comportement en adaptant l'environnement autour d'un choix, aussi appelé architecture du choix. En effet, la manière dont un choix se présente à un individu a un impact réel sur l'issue de ce choix.

Un exemple de nudge connu pour éviter les mégots par terre est de proposer deux poubelles, avec des pancartes indiquant « pensez-vous que c'est le PSG (1ère poubelle) ou Guingamp (2nde poubelle) qui va gagner ce soir ? » Les fumeurs votent avec leurs mégots plutôt que de les jeter par terre.

Mais alors qu'est-ce qu'un bon choix et qui sait mieux que chaque individu ce qui est bon pour lui ? Faut-il laisser le hasard guider les comportements et sommes-nous en droit de les influencer ?

En matière de santé et d'environnement, ces interrogations questionnent notre liberté et les réponses sont plurielles.

Au travers de son livre, Richard Thaler explore sous un éclairage économique les fondements psychologiques qui sous-tendent les choix individuels (c'est l'économie comportementale) et régissent les comportements dans des domaines tels que l'alimentation, les

addictions, les choix d'assurance ou de retraite (dans le modèle américain).

Les travaux de Richard Thaler ont grandement contribué à décrypter la part d'irrationalité qui influence nos choix de « simples mortels » en identifiant des biais cognitifs majeurs.

Ces biais cognitifs permettent d'expliquer le décalage entre les lois de l'économie classique, qui partent du postulat que chaque individu est rationnel dans les choix qu'il fait pour maximiser son bien-être, et les comportements réellement observés.

La première partie du livre illustre par des expériences psychologiques historiques les biais cognitifs qui aboutissent à des choix délétères pour la santé ou l'environnement, tel que l'aversion pour la perte, l'importance de l'option par défaut ou l'optimisme irrationnel du planning.

Dans un second temps, cet ouvrage explore plus en détail certains domaines d'application comme la souscription d'un plan d'épargne retraite, d'un crédit, le don d'organe, l'écologie ou encore le mariage.

Enfin, les derniers chapitres du livre reprennent une douzaine d'exemples (le premier , « demain je donnerai plus », vise à favoriser les dons caritatifs, en proposant un don croissant avec les années) et définissent avec modestie les limites de cette approche économique.

Pour un interne de santé publique, cette lecture ouvre de nombreux axes de réflexion portant autant sur la conception et la mise en œuvre d'interventions en santé publique que sur l'architecture même de notre système de santé.

Éléments de réflexion qui enrichiront assurément nos pratiques en tant que futurs professionnels de santé publique !

Auteurs : Hugo Noelle, ISP à Lyon et Pauline Martinot, ISP à Paris

- **J'AI AIMÉ :**

Hugo :

L'approche positive de la psychologie sociale et économique, avec pour but de permettre à chaque individu de choisir dans les meilleurs conditions, plutôt que dans la contrainte.

La première partie, ludique, qui permet de découvrir et d'appréhender l'économie comportementale.

Pauline :

Les « petites histoires » dans lesquelles les auteurs situent l'implémentation d'un nudge dans son contexte et livrent leur analyse (conséquences positives et négatives, réactions et comportements des individus).

Le « concept de s'amuser » ou la santé redevient un concept positif : dans la démarche du nudge, plaisir et bonheur sont mis en avant.

- **J'AI MOINS AIMÉ :**

Hugo :

La deuxième partie du livre, plus technique, et qui nécessite des connaissances sur le système américain de santé et de retraites pour être bien comprise.

Pour en savoir plus :

Le Nudge Marketing: winning at behavioral change ; Eric Singler, 2015, editions PEARSON

Ethics in the real world, 82 brief essays on things that matter ; Peter Singer, 2016, éditions THE NILE

Les Nudges, incitation vertueuse ou flicage invisible ; Damien Dubuc, Usbek et Rica Oct 2017
(Disponible en ligne : https://usbeketrica.com/article/les-nudges-prix-nobel-incitations-vertueuses-flicage-invisible)

Small is beautiful: using gentle nudges to change organizations ; Carsten Tams, Forbes Fev 2018[1]
(Disponible en ligne : https://www.forbes.com/sites/carstentams/2018/02/22/small-is-beautiful-using-gentle-nudges-to-change-organizations/#15e8552b5a8d)

EuroNet-MRPH

Mot de l'équipe française

ACTUALITÉ DU RÉSEAU

Bonjour à tous,

Une grande partie des lecteurs est sûrement au commencement de son internat. Vous vous rendrez rapidement compte que l'internat de santé publique est riche et résolument tourné vers les autres. Si tant est que vous soyez curieux et motivés, vous allez pouvoir accéder à un champ des possibles incroyablement vaste.

Une des manières de profiter au maximum de cette diversité est assurément de s'engager dans le réseau Euronet MRPH (European Network of Medical Residents in Public Health), le réseau européen des internes en santé publique.

Le réseau Euronet MRPH est une association internationale, indépendante et à but non lucratif. Elle a été officiellement fondée en 2011 à Paris. Son activité s'articule autour de trois piliers :

- créer et promouvoir un réseau européen d'internes de santé publique,
- proposer un cadre pour des groupes de travail,
- aider les internes désireux d'effectuer des stages à l'étranger.

Les associations nationales d'internes de santé publique de 10 pays européens différents sont actuellement membres d'Euronet et 4 autres pays sont représentés dans le réseau par des membres à titre individuel. Chaque pays est représenté par une commission comportant 6 membres au plus. Le bureau d'Euronet, composé de quatre membres, est nommé pour un an et est entouré de quatre référents (communication, recherche, internat et webmaster).

L'association se réunit régulièrement à l'occasion de 3 meetings annuels (printemps, été et hiver), qui sont ouverts à tous les internes membres du CLiSP.

Le dernier meeting a eu lieu les 12 et 13 juillet derniers dans la superbe ville de Valencia, en Espagne et a débuté par les présentations de deux intervenants extérieurs.

Sara McQuinn, doctorante en santé publique en Irlande, nous a présenté l'association dont elle est présidente : EUPHAnxt, la branche « jeune » d'EUPHA, l'association qui tous les ans organise la conférence européenne de santé publique (EPH conference).

Nous avons ensuite eu la chance de rencontrer une ancienne présidente d'EuroNet, Rocio Zurriaga Carda, qui nous a fait la surprise de diffuser une vidéo de témoignages d'anciens membres d'EuroNet, aujourd'hui éparpillés à travers le monde, de l'Ouganda aux Etats Unis, en passant par la Sicile et tous les pays d'Europe !

L'après-midi du premier jour a été dédié aux groupes de travail. Durant les meetings d'Euronet, ceux-ci s'intéressent habituellement à la communication, aux stages et à la recherche. Cette année un groupe a travaillé à la production d'une proposition de guidelines éthiques pour aider les commissions nationales à prendre des décisions sur les partenariats, les financements et subventions, ainsi que les projets auxquels l'association souhaiterait participer. Cette proposition est en discussion en ce moment même.

Les membres de l'équipe :

- Emmanuel Chabot, eb.chabot@gmail.com
- Clément Massonnaud, clement.massonnaud@gmail.com
- Damiano Cerasuolo, damiano.cerasuolo@gmail.com
- Maria Francesca Manca, mariafrancesca.manca@gmail.com
- Hélène Rossinot, helene.rossinot@yahoo.fr
- Sorina Dana Mihailescu, sdmihailescu@gmail.com

Meeting de Valencia – Juillet 2018

Site : http://euronetmrph.org/
Newsletter : http://euronetmrph.org/news-newsletter/
Twitter : @EuroNetMRPH

Le deuxième jour du meeting, Robert Otok, le directeur d'ASPHER (l'Association des écoles de santé publique de la région européenne, dont font partie l'EHESP de Rennes, l'ISPED de Bordeaux et l'Ecole de santé publique de Nancy) nous a présenté les projets en cours sur la professionnalisation en santé publique, auxquels EuroNet participe activement.

Nous avons également discuté une proposition émanant de l'équipe française : constituer un groupe d'anciens membres d'EuroNet. Cela permettrait de maintenir le contact entre les internes actuels et anciens, de découvrir des possibilités de carrière, de faire ouvrir des stages intéressants et de pouvoir inviter des intervenants lors des meetings.

Le meeting s'est conclu avec l'assemblée générale d'EuroNet au cours de laquelle les commissions nationales ont voté en faveur de l'entrée de la Turquie dans le réseau.

Le prochain meeting d'EuroNet aura lieu les 1 et 2 décembre à Ljubljana en Slovénie, à la suite de la conférence EPH qui s'y tiendra du 28 novembre au 1 décembre.

https://ephconference.eu/index.php

Pendant ce meeting, le bureau de l'association sera renouvelé.

Pour toute information, n'hésitez pas à contacter l'équipe française à l'adresse suivante : euronetmrphfrance@gmail.com

Emmanuel Chabot, pour l'équipe française Euronet-MRPH 2018

Notes

Bureau du CliSP

Sara Corbin
Présidente
president@clisp.fr

Clément Massonnaud
Vice-Président
clement.massonnaud@gmail.com

Cécile Longchamps
Secrétaire Générale
contact@clisp.fr

Martin Breyton
Trésorier
tresorier@clisp.fr

Melchior de Giraud d'Agay
Secrétaire évènementiel
evenement@clisp.fr

Fanny Velardo
Chargée de la Communication
communication@clisp.fr

Jalal Charron
Rédacteur en chef du Bulletin
bulletin@clisp.fr

Pierre Balayé
Webmaster
pierrebalaye@gmail.com

Mathilde Besson
Secrétaire déléguée aux affaires nationales
besson.mathilde@gmail.com

Romuald Cruchet
Chargé de relation avec les représentants des subdivisions
coordination@clisp.fr

Emmanuel Chabot
Chargé de relation avec EuroNet MRPH
eb.chabot@gmail.com

Collège du CliSP 2018-2019

Ile-de-France

Florian Verrier
representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon : Alice Barbier
alice.barbier@edu.univ-fcomte.fr
Dijon : Emmanuel Delmas
masaru240del@gmail.com
Nancy : Ngoc-Ha Nguyen
ngoc.ha55956@gmail.com
Reims : Pauline Marchand
paulinemarchand89@gmail.com
Strasbourg : Marie Mielcarek
mielcarek_marie@hotmail.com

Nord-Ouest

Amiens : Lise Thiriet
lisethiriet@gmail.com
Caen : Laure-Marine HOUEL
lm.houel@gmail.com
Lille : Philippe Trouiller
philippe.trouiller@gmail.com
Rouen : Clément Massonnaud
clement.massonnaud@gmail.com

Ouest

Angers :
Nantes : Cécile Ferriot
referent.santepublique@gmail.com
Poitiers : Clotilde Morineaud
clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr
Rennes : Aurélie Pétureau
referent.santepublique@outlook.fr
Tours : Paul Bregeaut
paul.bregeaut@gmail.com

CLiSP
COLLÈGE DE LIAISON DES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris
www.clisp.fr - contact@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand : Solène Clout
solene223@hotmail.com
Grenoble : Valentin Paran
valentin.paran@mailoo.org
Lyon : Maxime Bonjour
association.spl@gmail.com
Saint-Etienne : Robin Chaux
robinvchaux@gmail.com

Sud

Marseille : Davide Tufo
ISP.Marseille@gmail.com
Montpellier : Marie-France Malcher
Malcher.mf@gmail.com
Nice : Seda Bakirci
seda.bakirci@hotmail.fr

Sud-Ouest

Bordeaux : Romain Griffier
referent.santepub.bordeaux@gmail.com
Limoges : Alexis Cazorla
alexiscazorla.31@gmail.com
Toulouse : Emmanuel Chabot
eb.chabot@gmail.com

Antilles, Guyane : Edouard Hallet
edhallet@gmail.com
Océan Indien : Nicola Iv
ncls4@yahoo.fr

Avec le soutien de :

Santé publique France

CliSP - Bulletin n°37 - Oct. 2018
Rédacteur en chef :
Jalal Charron
Conception et réalisation :
Philippe Enderlin
Crédit photo couverture :
iStockphoto @ IakovKalinin